Le Progrès Médical

1899

DEUXIÈME SEMESTRE

REVUES DES SPÉCIALITÉS

Anthropologie	ZABOROWSKI.
Affections des organes génito-urinaires	Dr A. MALHERBE.
Bactériologie	Dr RAMOND.
Dermatologie et syphiligraphie	Dr P. RAYMOND.
Eaux minérales et hydrothérapie	Dr J. NOIR.
Electrothérapie	Dr P.-L. REGNIER.
Hygiène	Dr MARTHA.
Jurisprudence médicale	Dr LIRMIN-LIPMAN.
Maladies de la première enfance	Dr H. DE ROTHSCHILD.
Maladies de la deuxième enfance	Dr PAUL-BONCOUR.
Maladies des oreilles, du larynx et du nez	Dr BARATOUX.
Neurologie	Dr MIRALLIÉ.
Obstétrique et gynécologie	Dr L. MERLE.
Odontologie	Dr BOUVET.
Ophtalmologie	Dr KŒNIG.
Psychiatrie	Dr KERAVAL.
Thérapeutique	Drs CORNET, NOIR, BELLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine	Dr PLICQUE.
Académie des Sciences	Dr PHISALIX.
Société d'Anthropologie	ZABOROWSKI.
Société de Biologie	Dr Mme EDWARDS-PILLIET.
Société de Chirurgie	SCHWARTZ
Société médicale des Hôpitaux	Dr J. NOIR.
Société de Médecine légale	Dr G. CARRIER.
Société d'Obstétrique	Dr H. CHÉRON.
Société de Pédiatrie	Dr H. DE ROTHSCHILD.



Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

VINGT-SEPTIÈME ANNÉE

3e SÉRIE. — TOME X : 1899 (Juillet-Décembre)

Illustré de 44 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOUTEILLIER (G.), BOUVET, CARRIER, CHABBERT, CHARCOT (J.-B.), CHÉRON (H.), CORNET (P.), CORNILLON (J.), DARIER, DAURIAC, DEBOVE, DUPLAY, Mme EDWARDS-PILLIET, FÉRÉ (CH.), FIAUX, GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, KERAVAL, KOENIG, LANDOUZY (L.), LONGUET, MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MARTHA, MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MIRALLIÉ, MONOD (CH.), MUSGRAVE-CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PAUL-BONCOUR, PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PHISALIX, PIERRET, PITRES, PLICQUE, POZZI, RAMOND, RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (F.), RAYMOND (P.), REGNARD (P.), RÉGNIER (L.-R.), RELLAY, REVERDIN (de Genève), **RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROUSSELET (A.), SCHWARTZ, SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SOLLIER, SOREL (R.), TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TILLAUX, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), YVON (P.), ZABOROWSKI.**

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Aubry, Batigne (P.), Baudoin, Baup, Cardamatis (J.), Chapotin, Clado, Cullerre (A.), Dubrisay, Fleury (M. de), Kanellis (S.), Majewska, Merle, Motet, Netter (L.), Pantaloni (J.), Péchin, Pelon (H.), Pujol (A.), Ricoux, Stanculeano, Torchut, Urriola (C.-L.), Vallon (Ch.), Wahl.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

3e SÉRIE. T. X. No 26. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 1er JUILLET 1899.

Le Progrès Médical

MÉDECINE LÉGALE

Projet de loi de M. J. Cruppi sur la réforme des expertises médico-légales.

RAPPORT DE M. LE Dr MOTET A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Après trois séances tenues sous la présidence de M. le Pr Brouardel, et où un grand nombre d'entre vous ont fait connaître leur opinion, j'ai été chargé de présenter à la Société de Médecine légale un rapport.

La Société de Médecine légale de France a le droit de rappeler que la première, et depuis longtemps déjà, elle s'est préoccupée des conditions de l'exercice de la médecine légale en France. Vous vous souvenez des importantes communications qui vous ont été faites par Renard (de Versailles), du rapport si complet de M. le Pr Brouardel, en 1884, des observations si judicieuses qui vous furent présentées par M. le Dr Ladreit de la Charrière, de l'opinion de M. A. Guillod, juge d'instruction.

Avec M. le Pr Brouardel, nous pensons que : « Dans la pratique, la justice n'a pas à sa disposition les experts qu'elle devrait avoir; elle est obligée, surtout en province, d'accepter ceux qui veulent bien consentir à lui prêter leur concours. » Et faisant suivre cette affirmation, malheureusement trop exacte, de l'énumération des réformes que M. le Pr Brouardel réclamait en votre nom, il disait :

« Nous avons exposé, sans vouloir les atténuer, les reproches que l'on peut adresser aux expertises médico-légales, telles qu'elles se pratiquent aujourd'hui ; il nous semble évident que c'est surtout l'organisation de la médecine légale (instruction des experts et pratique de la médecine légale) que doit viser la réforme proposée pour être efficace. »

Et plus loin : « Il est dans l'intérêt de la justice d'avoir des experts possédant une éducation et une compétence scientifiques indiscutables. Actuellement, par suite d'une instruction scientifique insuffisante et par l'humiliante modicité du prix des tarifs, la justice n'a pas comme conseils, les médecins et les chimistes qu'elle devrait avoir. En médecine légale, il ne suffit pas que le médecin soit dévoué, il faut qu'il soit instruit et compétent. »

Lorsqu'en 1898, la Société de Médecine de Paris appelait l'attention des pouvoirs publics et des corps compétents, sur les réformes à apporter aux expertises médico-légales, elle formulait les vœux suivants :

1° Création d'un institut médico-légal ;
2° Contre-expertise dès le début de l'instruction ;
3° Non responsabilité pécuniaire des experts ;
4° Nomination des médecins experts par la plus haute personnalité judiciaire du ressort ;
5° Création de commissions supérieures de contrôle ;
6° Non fonctionnarisation des médecins experts.

M. le Pr Brouardel concluait ainsi dans son rapport :

1° Le projet de réforme des expertises médico-légales, tel qu'il est soumis aux délibérations de la Chambre, est incomplet. Il se borne à établir le principe des expertises contradictoires, sans se préoccuper de la compétence des experts et des moyens de la constater ;

2° Les intérêts de la société et ceux des accusés ne seront sauvegardés que si la réforme répond aux nécessités suivantes :

a) Instruction spéciale des experts par un enseignement professionnel approprié.

b) Preuve de cette instruction fournie par un diplôme, délivré par le Ministre de l'Instruction publique, après examen par les professeurs des Facultés de Médecine (diplôme spécial pour les médecins experts et pour les chimistes experts).

c) Choix des experts par les procureurs de la République et les juges d'instruction, sur une liste dressée par les Cours d'Appel sur présentation des Facultés de Médecine et des Tribunaux.

d) Relèvement des tarifs d'honoraires. Les tarifs actuels sont reconnus par tous insuffisants ; ils le seraient encore davantage quand on aurait imposé aux candidats experts des épreuves de scolarité plus onéreuses, et aux experts eux-mêmes des modifications dans leurs modes opératoires permettant le contrôle de leurs recherches.

e) Création d'une commission scientifique médico-légale supérieure, analogue au tribunal des super-arbitres de Berlin, permettant de juger scientifiquement des questions d'ordre exclusivement scientifique et qui auraient donné lieu à des contestations entre les experts.

Le projet de M. Cruppi ne nous parait pas devoir simplifier la question. Il repose tout entier sur le droit nouveau donné à l'inculpé de choisir son expert, et nous trouvons fâcheux qu'on donne à l'expertise ainsi constituée le nom d'expertise contradictoire. C'est créer une équivoque et laisser supposer qu'il pourrait y avoir un expert de l'accusation, un expert de la défense. Nous protestons de toutes nos forces contre ce dualisme qui impliquerait d'emblée cette notion absolument fausse, qu'il pourrait y avoir une opinion faite ou un parti pris dès le début de toute expertise. Pour écarter cette idée il faut, contrairement à une opinion qui a été soutenue devant nous, que

l'inculpé n'ait pas le droit de désigner « son expert » suivant son caprice, suivant sa fantaisie.

Dans la discussion au Sénat, le 26 mai 1882, sur la réforme de l'instruction criminelle, le principe de l'expertise et de la contre-expertise ayant été accepté par tous, M. Lenoël demandait que l'inculpé, usant du droit que reconnaît l'article 305 du Code civil, pût, au correctionnel, comme un criminel, rester maître de choisir son expert. M. Dauphin, rapporteur, répondit : « On demande que l'inculpé puisse choisir un expert, comme il l'entendra, sans aucune garantie, ni de capacité, ni d'honorabilité; je ne crois pas qu'il soit possible d'aller jusque-là. Nous voulons bien qu'à côté de l'expert de la justice il y ait un homme sérieux et honnête qui vienne le contrôler, mais nous ne voulons pas que le premier venu puisse entrer dans la chambre où se fera l'expertise, pour venir la gêner dans ses opérations, pour fausser peut-être ses opérations qui sont souvent d'une nature très délicate.

« La recherche des poisons, les constatations sur les cadavres ne sont pas du ressort de tous. Il n'est pas possible d'y faire participer un homme qui, avant tout, ne soit pas un homme de l'art parfaitement habile et capable. Il faut que l'expert de l'inculpé soit choisi sur la liste officiellement dressée. »

M. Cruppi s'est certainement inspiré de cette discussion lorsqu'il a rédigé son projet de loi.

ARTICLE PREMIER. — *La liste des médecins et chimistes admis à pratiquer les expertises médico-légales devant les tribunaux, est dressée, chaque année pour l'année suivante, par la Cour d'appel. le procureur général entendu, sur la proposition des tribunaux civils, des Facultés et Ecoles de Médecine, de Pharmacie et des Sciences.*

Les professeurs chargés des cours desdites Facultés, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, dans les villes où siègent des Facultés et Ecoles de Médecine de plein exercice, les médecins d'hospice et d'asiles publics d'aliénés, feront partie de droit de cette liste. Les experts seront autant que possible classés par catégories suivant leur spécialité.

La Société de Médecine légale, sans faire d'objection à cette liste, bien que le second paragraphe de l'article prête à discussion, demande cependant que les membres de l'Académie de Médecine et les membres de l'Académie des Sciences y soient ajoutés, et que, suivant l'observation très juste de M. Constant, on s'assure au préalable de l'acceptation de ces savants, de ces médecins, auxquels il serait vraiment excessif d'appliquer l'article 23 de la loi du 22 novembre 1892; il nous sera bien permis d'ajouter que, si longue que soit cette liste à Paris, elle n'est pas pour répondre à la préoccupation que nous avons rencontrée partout, celle d'assurer avant tout l'instruction spéciale des experts, préoccupation dont M. le Pr Brouardel a donné la formule : « Ce n'est pas en associant des incompétences que l'on créera une compétence. »

Ce qu'il faut, c'est faire l'éducation des experts, aujourd'hui elle n'est que superficielle. Les Facultés ont le droit de créer des enseignements spéciaux, mais pour que les étudiants les suivent, pour qu'ils leur soient utiles, il faut qu'à la fin de ces enseignements, les élèves donnent la preuve de la compétence qu'ils ont acquise, que leur instruction soit constatée par *un certificat de stage.* Si on faisait seulement vingt ou trente titulaires en possession de ce certificat, chaque année. on aurait, en moins de dix ans, un nombre d'experts suffisant pour toute la France. Avec des experts instruits, c'est-à-dire habitués à procéder avec prudence, à soumettre tout à une analyse sévère, les chances d'erreur seront aussi réduites que possible. La Société de Médecine légale émet le vœu que : « dans la formation des listes annuelles, il soit tenu compte, autant que possible, des certificats spéciaux qui pourraient être délivrés par les Universités, ainsi que des travaux de médecine légale pratiques, des écrits des médecins proposés au choix des cours et des tribunaux. »

ART. 2. — *En vue des opérations qui lui paraissent nécessaires à la découverte de la vérité, le juge d'instruction désigne sur la liste annuelle dressée en conformité de l'article précédent, un expert, ou plusieurs, s'il y a lieu à des recherches scientifiques distinctes.*

La désignation dudit ou desdits experts est immédiatement notifiée à l'inculpé, qui a le droit, à tout instant de la procédure, de choisir, sur la liste annuelle qui lui est communiquée, un nombre égal d'experts.

S'il y a plusieurs inculpés, ils doivent se concerter pour faire cette désignation.

Cet article nous paraît incomplet; il peut y avoir le plus grand intérêt pour la justice et pour l'inculpé, à ce que les constatations soient faites dans le plus bref délai possible; sans entrer dans des détails, nous pouvons signaler la rapidité avec laquelle peuvent disparaître des traces de violences; l'inculpé peut savoir, soit par lui-même, soit par un conseil qui lui sera donné, qu'il a tout intérêt à ne pas se hâter de désigner un expert. Il importe de ne pas lui permettre de différer son choix.

Nous proposons d'ajouter à l'article 2 le paragraphe suivant :

« Cette désignation devra être faite dans le délai de *un jour franc* à dater de la notification. Si l'inculpé ne répond pas à ce délai, le juge d'instruction nommerait un second expert comme il est dit à l'article 5. »

Bien que la Société de Médecine légale n'ait pas à s'occuper de question de procédure, il lui sera bien permis de demander comment l'expert choisi par l'inculpé sera prévenu de la nomination? Il nous semble qu'il doit recevoir, comme l'expert désigné par le juge d'instruction, une ordonnance, et qu'il doit être invité à prêter serment. L'article 2 ne le dit pas, et nous ne trouvons nulle part mention de cette formalité qui ne peut être négligée.

L'objection la plus sérieuse que nous ayons à présenter à propos de l'article 2, c'est que quoi qu'on fasse, quelque diligence que les experts puissent mettre à répondre à la convocation, il se passera plusieurs jours avant que les examens médico-légaux puissent avoir lieu, et que dans certains cas les expertises deviendront ou plus difficiles ou impossibles.

ART. 3. — *Les experts désignés au § 1er de l'article premier peuvent, dans toute affaire, être choisis par le juge et par l'inculpé, s'ils ont leur résidence dans le département. S'ils ne résident pas dans le département, ils ne peuvent être choisis qu'avec l'autorisation du...*

Ici nous nous abstenons de désigner l'autorité judiciaire qui autorisera le choix de l'expert. Nous pensons qu'il n'y a pas lieu pour la Société de Médecine légale d'entrer dans la discussion d'une question de procédure.

Les experts inscrits d'office sur la liste et désignés au § 2 de l'article premier ne peuvent être choisis que d'un commun accord par le juge d'instruction et par l'inculpé, ou à la demande de l'un d'eux par ordonnance motivée du...

Le juge d'instruction et l'inculpé, ou l'un d'eux peuvent même désigner leurs experts sur la liste annuelle d'une autre Cour d'appel, à la condition toutefois que cette mesure soit autorisée par ordonnance motivée du...

Vous avez pensé qu'il y avait lieu de supprimer le membre de phrase « qui devra être justifiée par la gravité de l'affaire », c'est à l'autorité judiciaire qu'il appartient de statuer, après avoir apprécié la valeur des motifs qui seront invoqués, que l'affaire soit grave ou non.

ART. 4. — *Les décisions du..... rendues en vertu de l'article précédent, ne sont susceptibles ni d'opposition, ni d'appel.*

ART. 5. — *Si l'auteur du crime ou du délit est inconnu, si le prévenu est en fuite, l'expertise ordonnée par le juge d'instruction devra être confiée au moins à deux experts choisis sur la liste annuelle.*

ART. 6. — *Il ne peut être procédé aux opérations par un seul expert que dans le cas où l'inculpé, assisté de son défenseur, renonce formellement à l'expertise contradictoire et accepte l'expert désigné par le juge.*

Ces deux articles n'ont donné lieu à aucune observation.

ART. 7. — *Les experts désignés par le juge d'instruction et le prévenu jouissent des mêmes droits et prérogatives... Ils procèdent ensemble à toutes les opérations, et leurs conclu-*

sions sont prises, après délibération, dans un rapport commun.

Nous proposons de supprimer la fin de l'article « après avoir été contradictoirement », nous voudrions pouvoir supprimer le mot « contradictoire » de tout le projet de loi. Comme nous voudrions aussi qu'on ne laissât pas persister l'idée qu'il y a un expert de la défense. Cela ne doit pas exister, nous y insisterons de nouveau ; il ne peut, il ne doit y avoir en présence que deux hommes de bonne foi, recherchant ensemble la vérité, se contrôlant mutuellement, soit, mais s'aidant aussi, sans autre préoccupation que celle d'éclairer la justice. Cette égalité de droits, de prérogatives, crée l'égalité de devoirs ; mais aussitôt surgit la nécessité de préparer l'égalité de savoir. Tout nous ramène dans cette importante question aux considérations générales que nous vous avons présentées au commencement de ce rapport ; nous pouvons redire encore que rien d'utile ne sera fait, si résolument on ne répond pas, par un enseignement officiel aux desiderata du corps médical.

Art. 8. — *Si les experts sont d'avis opposé, ils désignent un tiers expert chargé de les départager, soit sur la liste annuelle du ressort, soit avec l'autorisation du,..... sur la liste annuelle d'une autre Cour d'appel.*

Si les experts ne peuvent s'entendre en vue de cette désignation, la domination du tiers-expert sera faite par le.....

Nous supprimons le tirage au sort par le président du tribunal, qui nous semble une complication, et ne saurait en rien atténuer la difficulté.

Art. 9. — *Nonobstant les termes des articles précédents, le procureur de la République ou le juge d'instruction pourront dans le cas d'urgence, notamment s'ils se sont transportés sur les lieux pour constater un flagrant délit, ou si des indices sont sur le point de disparaître, commettre, à titre provisoire, un homme de l'art non inscrit sur la liste annuelle.*

L'expert provisoire prêtera serment entre les mains du procureur de la République ou du juge d'instruction ; il procédera aux premières constatations, il assurera, s'il y a lieu, la conservation des pièces à expertiser et dressera du tout un procès verbal sommaire qui, après avoir été visé par le juge ou le procureur de la République, sera transmis avec tous les autres documents aux experts qui seront immédiatement désignés conformément aux dispositions ci-dessus.

Nous aurions quelques observations à faire sur la portée de cet article : que les magistrats aient le moins souvent possible recours à ces experts provisoires, dont la situation n'est pas nettement définie ; qu'ils emmènent plutôt avec eux un expert habitué aux constatations, ils éloigneront ainsi des causes d'erreurs, des oublis, et rendront plus sûre l'expertise définitive.

Nous proposerions l'addition de l'article suivant :

Art. 10. — *Les frais de l'expertise, qu'il s'agisse de l'expert désigné par le juge d'instruction ou de l'expert choisi par l'inculpé, seront taxés comme frais de justice.*

Les médecins experts appelés à déposer devant les cours et les tribunaux à l'occasion des opérations médico-légales auxquelles ils auront procédé, seront toujours considérés comme experts et ne seront jamais assimilés aux témoins.

Art. 11. — *Les articles 43, 44 et 59 du Code d'instruction criminelle sont abrogés en ce qu'ils ont de contraire à la présente loi.*

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés : *Officiers de l'Instruction publique* : MM. de Grissac, docteur en médecine à Argenteuil ; Richard, médecin principal de 1re classe, professeur à l'école d'application au service de santé militaire ; Jablonski, médecin inspecteur des écoles de Poitiers ; Roland, professeur à l'école de médecine de Poitiers. — *Officiers d'Académie* : MM. Dubrulle, médecin-major de 1re classe, professeur à l'école d'application au service de santé militaire ; Georges, pharmacien-major de 1re classe, professeur de chimie à l'Ecole d'application au service de santé militaire. — *Chevalier du Mérite agricole* : M. Poirault, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole de Médecine de Poitiers.

CLINIQUE MÉDICALE

Zona thoraco-brachial ;

Par **BOURNEVILLE** et **Paul BONCOUR**.

Nous avons eu l'occasion de voir à la consultation de Bicêtre un cas de *zona thoraco-brachial* très étendu, avec de très larges plaques de vésicules et qui nous paraît assez intéressant pour justifier sa publication.

S..., 25 ans, comptable, né dans la Drôme, habite Paris.

Le premier janvier 1899, le malade ressentit dans la région de l'épaule droite une douleur vive qui s'exagérait par les mouvements du bras et offrait simultanément des accès, avec élancements paroxystiques. Les élancements ressemblaient, au dire du malade, à des piqûres d'épingles.

Le lendemain (2 janvier) les douleurs persistaient mais il y avait en plus des points douloureux dans l'aisselle et sur la partie antérieure de la poitrine, au niveau de la région mamelonnaire. Les mouvements du bras étaient particulièrement pénibles ; les mouvements d'adduction, notamment, provoquaient des douleurs au niveau du creux de l'aisselle. Durant ces deux jours le malade a eu de la fièvre caractérisée par de l'inappétence, de la céphalalgie et des frissons. Pour combattre la douleur, on fit des frictions avec un liniment calmant sur les régions douloureuses où, assure-t-on, il n'y avait alors, aucune éruption.

Le 3 janvier, à son réveil, le malade constata qu'il avait à la partie antérieure de la poitrine, dans l'aisselle et à la partie postérieure de l'épaule des *plaques rouges avec quelques vésicules claires*. Il crut que c'était le résultat des substances employées pour soulager la névralgie. Le soir toutes les parties rouges étaient recouvertes de vésicules ou de phlyctènes dues à la réunion de vésicules agglomérées.

Le 5 *janvier* le malade ressentit quelques douleurs dans le bras droit ; il se produisit dans le courant de la journée, sur la face interne de ce membre, une poussée de larges plaques de vésicules. L'éruption s'est faite complètement en moins de deux jours.

Le 7 janvier le malade présentait une belle éruption de zona qui avait l'aspect suivant :



Fig. 1.

1° *A la partie antérieure du thorax* (*fig.* 1) au niveau du troisième espace intercostal, il y a une traînée de plaques rouges de dimensions variables, de forme ovalaire à grand

*

axe parallèle à l'espace intercostal, séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine. Sur les surfaces rouges, il y a, répandues sans ordre, une série de vésicules fines et claires. Cette plaque commence exactement sur la partie médiane, suit la direction de l'espace intercostal. Arrivée au niveau de la ligne mamelonnaire, elle va se confondre avec une énorme plaque rouge présentant trois grandes phlyctènes jaunâtres et se perdant en dehors dans l'aisselle et en bas avec une autre plaque descendant jusqu'à une ligne horizontale passant par le mamelon.



Fig. 2.

2° En faisant lever le bras du malade (*fig.* 2), on constate que la plaque axillaire se décompose en 3 plaques ovalaires à grand axe oblique, recouvertes chacune par des phlyctènes. Dans l'aisselle et sur la partie interne du tiers supérieur du bras, il y a une vaste surface rouge sur laquelle sont disséminées des vésicules de dimensions très-différentes et sans ordre.

Il y a une traînée qui descend sur la partie interne du bras et bien visible lorsque regardant le malade par derrière on lui fait mettre la main dans le dos (*fig.* 3). Les groupes de vésicules y sont en très grand nombre, de dimensions variables. Elles cessent au voisinage du coude.

Dans la région de l'omoplate, il y a une série de surfaces rouges avec des vésicules rassemblées autour de l'épine. Elles commencent en dehors exactement à la partie médiane et deviennent de moins en moins nombreuses en allant sur la partie externe.

Les douleurs spontanées au niveau des plaques situées sur la poitrine et sur le dos manquent. Seul le frottement des vêtements est désagréable, mais nullement douloureux.

Au niveau de l'aisselle la douleur est au contraire très vive. Il y a des élancements continuels et un sentiment de tension. Après examen, cette douleur semble en rapport avec le développement d'une adénopathie axillaire très prononcée. La pression, à ce niveau, est excessivement pénible et les mouvements qui tendent à rapprocher le bras du tronc sont impossibles. Au contraire le malade porte sans difficulté et sans douleur la main sur la tête. La pression ne donne aucun point douloureux soit sur le trajet des grandes plaques soit sur les points d'émergence des nerfs intercostaux de cette région.

La sensibilité à la piqûre est très atténuée sur les zones saines qui avoisinent les plaques de zona.

La diminution de la sensibilité à la piqûre existe aussi sur le bras non seulement au niveau de la partie occupée par l'éruption, mais aussi sur toute la surface. L'avant-bras ne présente pas ce phénomène.

Tout le membre droit (bras et avant-bras) est plus froid que le gauche. Le malade prétend que depuis la sortie de l'éruption il a une sensation de froid continuelle dans le bras et la main. — L'état général est excellent.

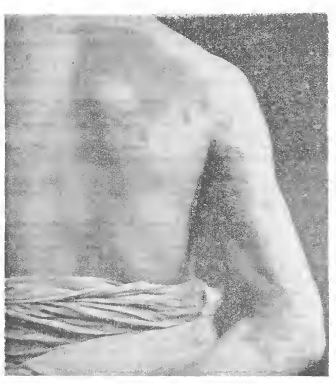


Fig. 3.

9 *janvier*. — Il n'y a pas de nouvelle poussée. Les vésicules transformées en larges phlyctènes peu saillantes ont un contenu puriforme. Nulle douleur.

14 *janvier*. — Dessiccation des vésicules isolées ; croûtes superficielles sur les phlyctènes. La peau correspondant aux plaques éruptives a une coloration d'un rouge brunâtre.

25 *janvier*. — Les lésions cutanées ont disparu. Pas de névralgie. État général bon.

Juin. — Les douleurs névralgiques n'ont jamais reparu ; il ne s'est produit aucune éruption secondaire et il ne reste plus que des macules brunâtres.

L'observation qui précède nous a semblé intéressante en raison des considérations suivantes :

1° Elle ne permet aucunement de trancher la discussion qui est en suspens au sujet du siège de la lésion anatomique du zona. Contre la théorie spinale soutenue avec tant de maitrise par M. Brissaud, on peut invoquer la concordance parfaite entre la topographie du zona et l'innervation cutanée. Il suffit de regarder les figures pour se rendre compte immédiatement de la disposition de l'éruption exactement superposée à celle du troisième nerf intercostal qui donne un rameau se répandant dans le creux de l'aisselle, qui abandonne en outre un petit filet à la peau de la région mammaire et vient ensuite se distribuer à la peau de la face interne du bras en s'anastomosant avec l'accessoire du brachial cutané interne. On aurait

voulu dessiner sur la peau la zone d'activité de ce nerf qu'on aurait circonscrit la surface de l'éruption. En outre, il n'y a pas eu de douleurs rachidiennes.

Mais en faveur de la théorie de M. Brissaud, il faut signaler les troubles sensitifs (anesthésie) et les troubles vaso-moteurs nullement en rapport avec la distribution du nerf. De plus la pression au niveau des points d'émergence est indolore.

2° En dehors des phénomènes généraux au début qui militent en faveur de l'origine infectieuse de l'affection, nous insistons sur la présence d'une adénopathie dans l'aisselle. C'est la présence de ces ganglions engorgés qui était la cause unique de la douleur au moment de l'examen du 7 janvier. Les observations de cas analogues comme siége anatomique n'en font pas mention dans la majorité des cas. Nous pensons que cette adénopathie a dû influer souvent sur l'élément douleur, d'autant plus que nous avons vu signaler la difficulté des mouvements d'adduction du bras.

3° Ce fait doit-il-être ajouté à ceux qu'a mentionnés M. Rendu relatif à la coexistence de zona et de la tuberculose? Nous ne saurions nous prononcer. Notre malade présente bien une coxalgie du côté gauche, consécutive à un traumatisme survenu vers 7 ou 8 ans, et nous rappelant les cas qui tendent à faire supposer, en pareille occurrence une *tuberculose commençante*, nous avons ausculté le malade plusieurs fois sans découvrir aucun phénomène digne d'être signalé dans l'état soit du poumon, soit de la plèvre. Il n'a jamais toussé, ni eu d'hémoptysie, de maladies de peau, de névralgies ; il a un tempérament nerveux et est sujet à des accès de colère. Il n'y a aucun exemple de tuberculose dans la famille. Ses trois sœurs, âgées de 28, 20 et 18 ans, « jolies filles » nous dit-on, ont une excellente santé.

Souscription Pelletier-Caventou. — Nous rappelons à nos lecteurs que la souscription au monument Pelletier-Caventou est ouverte et nous les prions instamment de bien vouloir adresser leurs souscriptions, soit au siège du Comité à l'Ecole de Pharmacie, 4, avenue de l'Observatoire, soit au trésorier du Comité : M. Bocquillon-Limousin, 2 *bis*, rue Blanche, à Paris, soit aux bureaux du *Progrès Médical*.

Congrès de Dermatologie en 1900. — Par suite d'une entente avec le Comité du XIII[e] Congrès international de Médecine, qui doit se tenir à Paris à la même époque, sous la présidence de M. le P[r] Lannelongue, la section de dermatologie et de syphiligraphie du Congrès de Médecine sera réunie au Congrès de Dermatologie qui se tiendra à Paris en 1900. En conséquence, les membres du Congrès de Dermatologie seront considérés comme faisant partie du Congrès de Médecine, sans avoir besoin de faire acte d'adhésion à ce dernier congrès. Les adhésions et toutes les communications relatives au Congrès peuvent être adressées dès maintenant au secrétaire général, M. le D[r] Georges Thibierge, 7, rue de Surène, Paris, ou à l'un des secrétaires étrangers.

Bibliothèque de la Faculté. — « Dans un récent écho, j'affirmais que nombre de nos professeurs de la Faculté étaient indifférents à la prospérité de l'Ecole. Je viens d'en constater un nouvel exemple que je m'empresse de publier. Allez à la bibliothèque de l'École de Médecine demander les livres des professeurs de la Faculté ; vous constaterez que plusieurs manquent. Si vous questionnez à ce sujet, on vous répondra que certains oublient de donner leurs travaux à la Faculté dont ils s'honorent pourtant s'occuper une chaire et dont ils utilisent largement la bibliothèque en emportant les livres chez eux. Je ne crois pas qu'il existe une autre Université française au étrangère où l'on puisse citer un fait semblable. — P.-S. Je m'abstiens soigneusement d'indiquer les titres des livres absents, ne voulant point faire de personnalités ». (*Le Correspondant médical* du 15 juin 1899.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Décision du Conseil municipal en faveur de l'incinération.

Depuis plusieurs années nous faisions voter par l'Assemblée générale de la *Société pour la propagation de l'incinération* un vœu réclamant l'*abaissement* de la taxe d'incinération en faveur des personnes aisées des communes de la Seine et l'*exonération complète* pour les administrés parisiens des hospices situés dans les communes suburbaines et appartenant à l'Assistance publique de Paris. Tous les ans, comme président de la Société, nous transmettions au Conseil municipal, sous forme de pétition, les vœux qu'elle avait exprimés à l'unanimité. Cette année, enfin, cette pétition a été l'objet d'un rapport et d'une discussion que nous reproduisons d'après le procès verbal de la séance du 10 juin.

M. Grébauval, *au nom de la deuxième Commission*. — Messieurs, vous avez renvoyé à l'Administration, le 27 décembre 1898, une pétition de la Société pour la propagation de l'incinération, réclamant :

1° La réduction de la taxe perçue sur les familles aisées, en vertu des délibérations des 7 août et 27 décembre 1889 ; 2° la suppression de cette taxe pour les corps provenant des hospices et hôpitaux.

Sur le premier point, le tarif de 100 francs ne semble pas exagéré, puisqu'elle comprend déjà les 30 francs dus pour l'entrée de corps venant de l'extérieur, applicables également aux inhumations.

Sur le deuxième point, l'Administration et votre Commission estiment qu'il est légitime de faire bénéficier en effet les indigents de la même gratuité dont profitent les obsèques, en cas d'inhumation. Nous vous proposons donc d'adopter le projet de délibération suivant :

« Le Conseil, vu les délibérations des 7 août et 27 décembre 1889 ; vu l'arrêté préfectoral du 30 décembre 1889 ; vu la pétition n° 2997 de 1898 ; sur le rapport présenté par M. Armand Grébauval, au nom de sa deuxième Commission.

Délibère : « Article unique. Est abolie la perception de la taxe d'incinération en ce qui concerne le corps des personnes décédées dans les hôpitaux et hospices dépendant de l'Assistance publique. »

M. Berthaut. — Il faudrait également spécifier que l'exonération de la taxe s'étendra aux personnes habitant la banlieue.

M. Grébauval, *rapporteur*. — Le projet de délibération porte : tous les établissements dépendant de l'Assistance publique. Cette disposition est assez large, il me semble, et peut s'étendre jusqu'à Marseille même.

M. Berthaut. — C'est qu'il y a à Saint-Mandé, par exemple, des vieillards qu'on ne peut incinérer faute de crédit nécessaire.

M. Grébauval, *rapporteur*. — Je vous répète que la nouvelle mesure les atteindra. Il est évident, bien entendu, que nous ne pouvons supprimer les frais de transport des corps. Ce sont là des taxes municipales auxquelles les communes ne peuvent renoncer. Et il est bien évident que lorsqu'un vieillard mourra à Bicêtre, nous serons toujours redevables à la commune de ses taxes locales. A part cela, il n'y aura plus rien à payer pour l'incinération elle-même.

M. Faillet. — J'appuie en tous points le projet de délibération qui nous est soumis. Il est parfaitement bien compris.

Le projet de délibération, mis aux voix, est adopté (1898, p. 2997).

Bien que nous n'ayions qu'une demi-satisfaction, nous enregistrons avec plaisir la décision du Conseil municipal. Il appartient au Conseil général et au Conseil d'arrondissement de reprendre notre vœu relatif à l'abaissement de la taxe pour les personnes

aisées des communes suburbaines. En ce qui concerne les administrés des hospices de Bicêtre, Ivry, Issy et de Saint-Mandé, indigents parisiens, il était étrange qu'on ne leur accordât pas la gratuité qui existe pour les indigents des hôpitaux et hospices situés dans Paris. Il était non moins extraordinaire, ainsi que le relève le rapporteur, que les indigents des hospices extra-urbains n'eussent pas pour l'incinération la « gratuité dont profitent les obsèques, en cas d'inhumation ». Cette inégalité n'aurait jamais existé si l'Administration, se conformant aux votes du Conseil, était restée neutre dans la question. Mais, étant médiocrement favorable à la crémation, elle n'a pris aucune mesure pour en favoriser l'extension. Rappelons en terminant que la ville de Rouen possède un crématoire en fonction; que la ville de Reims aura bientôt le sien et que, à Lyon, on se préoccupe de la création de plusieurs crématoires. D'où il suit que l'incinération réclamée par la grande majorité des hygiénistes et dont l'importance est considérable pour les grandes villes, est en voie de progrès. BOURNEVILLE.

Les journaux de médecine étrangers en langue française.

Il est un fait que la presse médicale française ne devrait pas laisser passer inaperçu, ne serait-ce que pour l'encourager, c'est la publication en langue française de journaux médicaux dans les pays où l'on ne parle ni n'écrit notre langue. Nous signalions récemment la *Grèce médicale*, recueil mensuel publié en français à Syra par notre distingué confrère le Dr Jean Foustanos directeur du journal : Ιατρικη προοδος (*Progrès médical*). Maintes fois nous avons reproduit dans nos colonnes les résumés français des mémoires importants publiés par la revue médicale d'Helsingfors : *Finska läkaresällskapets Handlingar*; aujourd'hui nous signalerons la *Roumanie médicale*, qui paraît deux fois par mois en roumain et tous les deux mois en français sous la direction de V. Babès et de G. Marinesco. Ces publications ont l'avantage de maintenir à l'étranger le prestige scientifique de notre pays et d'appeler chez nous l'attention sur des travaux et des découvertes parfois très importants qui ont leur origine dans de petits pays et que les savants des grands centres oublient ou ignorent parfois avec trop de facilité. C'est ce que fait remarquer avec beaucoup de sens et de modération le très distingué professeur Babès dans un article en français de la *Roumanie médicale* de mars-avril 1899. Dans cet article intitulé : *Questions de priorité*, M. Babès rappelle ses travaux sur l'action du sang des animaux immunisés, rarement cités bien que parus dans les *Annales de l'Institut Pasteur* ; sa découverte des parasites de l'hémoglobinurie du bœuf et du cârceag des moutons, attribuée par Koch à Smith, bien que ce dernier ne les ait reconnus qu'après lui, et que les résultats de ses recherches aient été communiqués à l'Académie des Sciences, à l'Académie de Médecine, au Congrès de Berlin et publiés dans les *Archives de Virchow*. M. Babès réclame encore bien d'autres priorités qu'il établit d'une façon indiscutable, entre autres celle de la découverte des lésions des cellules nerveuses dans la rage, publiée par lui et M. Levaditi le 30 avril et le 15 mai 1898 dans la *Romania médicala*. Cette tendance à oublier la priorité d'autrui est ici si fréquente qu'on est tenté de se demander si elle n'est pas parfois volontaire. La publication en français de revues étrangères aidera les savants honnêtes à éviter des erreurs inconscientes de ce genre. Mais ce n'est là qu'un de ses petits avantages. Encourager la diffusion de notre langue et de notre influence morale dans des pays éloignés est pour nous un acte de vrai et bon patriotisme, qui fait contraste avec l'idée mesquine, égoïste et étroite que certains se font à l'heure actuelle de l'idée de patrie. C'est pourquoi au nom de la vraie patrie française nous félicitons et remercions les amis de la France qui concourent à répandre notre langue dans leur pays.

J. NOIR.

Hygiène publique : postes de police et violons.

L'installation matérielle de ces organes de la civilisation est à peu près partout plus défectueuse, plus abominable, qu'on ne peut se l'imaginer. Nous en avons fourni très souvent la preuve. Leur fonctionnement est en harmonie avec leur anatomie. En voici un nouvel exemple, publié par l'*Aurore* du 19 juin :

« Le 10 juin dernier, un vieillard de 64 ans, M. Eugène Janson, demeurant 2, rue Cadet-Viennot, à Bagnolet, regagnait son domicile, lorsqu'il fut pris d'une *attaque de paralysie* non loin de la station de Charonne. Des passants le transportèrent dans le hall de la gare et prévinrent des agents. Mais ceux-ci déclarèrent que le sexagénaire était ivre, le chargèrent sur une voiture à bras et, tel un paquet, le transportèrent au poste où on ne s'occupa de lui que le lendemain matin, soit douze heures plus tard.

« On le transporta alors seulement à l'hôpital Lariboisière où un interne constata que pendant son séjour au poste, les agents l'avaient à plusieurs reprises inondé d'eau, aggravant ainsi son état. Le surlendemain, M. Janson mourait. Les faits sont graves et seront portés à la tribune du Conseil municipal. Il était huit heures du soir quand M. Janson a été ramassé. Les commissaires ferment à 10 heures et, de plus, nous payons 186.000 francs de police supplémentaire pour de prétendues permanences de nuit. A quoi servent-elles? C'est ce que nous continuons à nous demander. »

Ce fait montre une fois de plus que dans les violons on enferme les personnes malades aussi bien que des malheureux qui sont considérés souvent comme ne méritant aucune commisération. Les agents, même les meilleurs et les plus intelligents, ne sont pas toujours capables de distinguer les malades, comme celui dont il est question plus haut ou ceux et celles qui sont atteints d'aliénation mentale, aussi est-il du devoir des administrations municipales et de la Préfecture de Police, de donner des ordres pour que les agents soient plus attentifs et plus humains.

Bien des fois nous avons signalé l'insalubrité des violons ou des postes de police. En avril dernier nous avons visité les six violons qui composent la prison municipale de Marseille. Ils sont au rez-de-chaussée, à l'entresol et au premier. Nous les avons trouvés relativement propres et moins malsains que ceux dont nous avons parlé précédemment, en particulier les violons de Nancy et d'Angers (1).

En général, ils sont disposés plutôt pour exaspérer les malheureux qu'on y enferme. Ils sont un danger, non seulement pour les individus arrêtés, mais pour la santé publique. Ce sont des foyers de propagation de maladies

(1) Voir *Progrès médical*, 24 juillet 1897, page 53 et 8 octobre 1898, page 24.

infectieuses. On sait que dans ces locaux les *arrêtés* couchent les uns à côté des autres sur un lit de camp en planches. Nous avons demandé dans notre visite des violons de Marseille ce qu'on donnait pour préserver du froid, on nous a fait voir des couvertures collectives. A notre question sur ce qu'on faisait pour leur désinfection, il nous a été répondu qu'on y procédait tous les quinze jours. Et sur la réflexion que nous faisions concernant l'insuffisance de cette mesure. M. le Dr Fleissières, maire de Marseille, qui nous accompagnait, a immédiatement ordonné de porter tous les jours les couvertures à la désinfection. Il conviendrait de faire davantage, en assainissant les postes de police et en les désinfectant quotidiennement. En agissant ainsi, on éviterait certainement dans beaucoup de circonstances la propagation des maladies contagieuses. Les administrations témoigneraient en même temps d'un peu plus d'humanité. Une fois encore nous citerons, comme exemple d'une installation convenable, celle qui a été faite à Courbevoie, par le conseil municipal et le maire, M. Boursier (1). BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 juin 1899.

De l'angle d'inclinaison des côtés, étudié à l'aide des rayons X, à l'état sain et à l'état morbide, en particulier dans la pleurésie sans épanchement.

MM. BOUCHARD et GUILLEMINOT ont constaté par la radioscopie que le soulèvement des côtes pendant l'inspiration et leur abaissement pendant l'expiration, symétrique chez le sujet bien portant, devient asymétrique chez un pleurétique ou un tuberculeux, à lésions unilatérales. Dans la pleurésie récente et unilatérale, les côtes du côté malade paraissent avoir moins d'amplitude oscillatoire et être plus inclinées que du côté sain. Dans la pleurésie ancienne, les différences angulaires sont plus accentuées et directement appréciables; chez les tuberculeux anciens et avancés avec lésions unilatérales, l'angle costal paraît aussi beaucoup plus aigu du côté atteint. Ces faits peuvent être également démontrés par la radiographie, surtout si l'on dissocie les deux phases de la respiration ; on voit sur les épreuves obtenues que chez les pleurétiques ou les tuberculeux anciens les pentes costales sont toujours plus prononcées du côté malade. L'amplitude des côtes pendant la respiration est chez ces individus très diminuée, et le type abdominal prédomine même chez la femme.

Rayons émis par une pointe électrisée.

M. LEDUC a pu constater qu'une pointe, en rapport avec l'un des pôles d'une machine électro-statique (l'autre pôle étant isolé), possède les mêmes propriétés que les rayons violets et ultra-violets du spectre et peut être utilisée comme eux dans le traitement de certaines dermatoses.

PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 juin 1899. — PRÉSIDENCE DE M. le Dr GELLÉ.

M. EGGER rapporte l'observation d'une *ataxique présentant une apnée remarquable*, n'ayant que quatre à six respirations par minute.

M. HENOCQUE a fait l'examen de l'hémoglobine, chez cette malade. Chez cette malade qui est anémique, la durée de la réduction est très prolongée, il en résulte que l'activité de la réduction est descendue à la moitié de l'activité normale, il y a donc ralentissement très prononcé dans les échanges entre le sang et les tissus. La durée de l'apnée est en rapport avec celle de la réduction. En somme, la malade n'est forcée de respirer et de faire cesser l'apnée que lorsque tout le sang est devenu veineux dans tous les téguments et probablement aussi dans tous les viscères et les muscles. Il y a lenteur des échanges, la prolongation de la durée de réduction et de la respiration interstitielle dont la cause principale est la rareté des respirations.

M. FROUIN. — Le *sesquisulfure de phosphore*, substitué par MM. Sevène et Cahen au phosphore blanc, doit être étudié plutôt dans ses émanations que dans l'administration à l'intérieur. Le sesquisulfure dégage de l'hydrogène sulfuré. Les vapeurs produites par ce corps chauffé de 25° à 45° sont plus toxiques pour la souris que celles dégagées par une même quantité de phosphore blanc. Cette toxicité semble due non seulement aux vapeurs d'acide sulfhydrique mais aussi à des composés phosphorés volatils. Il résulte de ces expériences que le sesquisulfure pourra diminuer les empoisonnements criminels ou volontaires, mais la manipulation et l'utilisation industrielles de ce produit n'en restent pas moins des opérations insalubres.

MM. HALLION et LARAN. — Le métavanadate de soude ne peut être employé à l'état pur; ce corps n'est pas stable en dissolution dans l'eau (Pécourt); de quelque façon qu'on opère on a toujours, avec le métavanadate, des ortho, pyrovanadates et des vanadates acides en quantité variable ou encore du carbonate de soude en plus ou moins grand excès. Deux échantillons de métavanadate rigoureusement identiques ne se trouvent jamais et le vanadium est pratiquement indosable dans ces échantillons. Les auteurs sont d'avis qu'il faut parler pour les expériences thérapeutiques et biologiques de solutions titrées d'acide vanadique facilement dosable.

MM. BEZANÇON et GRIFFON ont obtenu des *cultures de tuberculose* sur du sang gélosé en y ensemençant le liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire dans un cas de méningite du service de M. le Pr Dieulafoy. Ces colonies se sont développées en tube, à l'étuve, au bout de quatre semaines. Pour la recherche clinique, il est bon de se servir de petits flacons d'Erlenmeyer qui permettent d'étendre en surface plus de liquide que dans les tubes.

M. LOICA rapporte une observation de *bronchite fétide à coli-bacilles.*

M. LEBRETON étudie l'action opothérapique des corps jaunes qui peut combattre efficacement les accidents de la ménopause.

M. MANUELIAN étudie les *fibres centrifuges du centre olfactif.*

M. THIERCELIN étudie le microbe qu'il a décrit sous le nom d'*entérocoque.*

M. LÉGER étudie les tubes de Malpighi chez le grillon.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 juin 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

Les eaux minérales arsenicales.

MM. BOUCHARDAT, GAUTIER, BROUARDEL, MOISSAN montrent les dangers que peut offrir la vente libre de certaines eaux minérales très riches en arsenic. Cette question mériterait d'être revisée. La vente ne devrait être permise que sur ordonnance, et aux pharmaciens diplômés.

Les courants de haute fréquence.

M. APOSTOLI lit, sur l'emploi de ces courants dans l'arthritisme, un travail dont voici les conclusions :

1° Généralement nuisibles et contre-indiqués dans le *rhumatisme aigu*, ces courants peuvent quelquefois être favorables dans l'état *subaigu*, et sont très efficaces dans la plupart des formes *chroniques* du rhumatisme ; 2° ils peuvent très notablement améliorer l'état des *goutteux*, mais ils sont capables de provoquer, dans certains cas, au

(1) Malgré l'emploi des parasiticides, les puces y pullulent, surtout dans le violon des femmes publiques.

début de leur application, l'explosion d'un accès aigu; 3° ils paraissent donner de bons résultats contre la *migraine* en prévenant quelquefois son retour périodique; 4° ils sont une arme puissante contre certaines *névralgies arthritiques* (sciatique) par l'action éloignée, préventive et curative à la fois, des applications générales; 5° leur action préventive peut s'exercer favorablement sur les diverses *lithiases* dont ils arrêtent ou retardent parfois l'évolution; 6° les *varices* peuvent bénéficier des modifications dynamiques qu'ils impriment à la circulation périphérique; 7° les *hémorroïdes* sont également justiciables soit de l'action secondaire des applications générales, soit de l'action directe, intra-rectale, des applications locales; 8° la *constipation* et la *dyspepsie* liées à l'atonie gastrique ou intestinale sont souvent utilement amendées par cette même médication; 9° l'*eczéma* est largement et immédiatement tributaire de l'effluvation par les hautes fréquentes, comme il l'est, d'autre part, de l'effluvation statique et retire également des applications générales les meilleurs bénéfices préventifs; 10° les *troubles respiratoires dyspnéiques*, comme on les observe chez les *asthmatiques*, peuvent être utilement modifiés; 11° les *congestions vasculaires* diverses qui sont sous la dépendance de l'arthritisme peuvent bénéficier de ce même traitement; 12° la *neurasthénie arthritique* est souvent curable par les hautes fréquences, tandis que la neurasthénie hystérique relève avant tout de la *statique*; 13° ce même traitement peut être utile dans certains troubles liés à l'*artériosclérose*; 14° sans action directe constante pour provoquer l'amaigrissement, le courant de haute fréquence, en régularisant le taux de la nutrition générale, peut enrayer ou combattre avantageusement l'*obésité chez les arthritiques.*

En résumé, je pense que, si le courant statique reste par excellence le mode électrique le plus actif contre les états hystériques, le courant de haute fréquence, sans être une panacée applicable à tous les cas indistinctement, est très efficace contre les principales manifestations pathologiques de l'*arthritisme*. C'est avant tout un médicament de la cellule et un modificateur puissant de la nutrition générale qu'il peut activer et régulariser en même temps.

Vomissements incoercibles et hystérie.

M. Clozier (de Beauvais) rapporte un cas de vomissements incoercibles guéris par la compression des points dits hystérocloniques et en particulier du point cardiaque.

Vacances de l'Académie.

Dans une discussion en comité secret, l'Académie décide de prendre des vacances du 1er août au 19 septembre. Une commission permanente siégera durant ce temps.

Elections.

M. Hutinel est élu membre titulaire dans la section de thérapeutique par 64 voix contre 4 à MM. Ducastel et Bardet, et 2 à M. Sevestre. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juin 1899. — Présidence de M. le Pr Raymond.

Pathogénie de l'urémie convulsive.

MM. L. Guinon et Ribierre, à propos du procès verbal, croient qu'on aurait tort de croire que les accidents d'urémie convulsive ne sont que des crises d'épilepsie réveillées par une intoxication, comme tendraient à le faire supposer les communications de M. Souques et de M. Widal dans la dernière séance. Ils signalent le cas d'un homme atteint de crises épileptiformes, gros, bien développé, dont les urines contenaient de l'albumine et qui fut considéré à l'hôpital comme un urémique, plus tard l'on apprit qu'il était d'une famille d'apoplectiques; mais en regard de ce malade qui vient à l'appui de l'opinion de M. Widal, M. Guinon rapporte l'observation d'un saturnin sans antécédent nerveux, qui fut atteint dans son service hospitalier d'urémie convulsive.

M. Widal se garde d'être absolu en pareille circonstance, il n'a pas voulu prétendre que l'urémie convulsive est de l'épilepsie, il a voulu seulement insister sur le facteur important qu'est le terrain névropathique dans l'éclosion de l'urémie convulsive.

Abcès du cerveau d'origine traumatique.

M. Hirtz cite l'observation d'un homme de 21 ans, porté à l'hôpital sans connaissance; il avait été assommé à coups de bâton. Aucune lésion du cuir chevelu, ni du crâne n'était apparente. Après quelques jours de torpeur, il sort guéri. Un mois après, il est paralysé du bras droit et a des attaques d'épilepsie jaksonnienne du côté droit. Trépané par M. Faure, on lui trouve dans la région rolandique gauche un abcès sous-cortical de la grosseur d'une noix. Le malade est guéri et n'est plus paralysé. Le pus, comme microbes, ne contenait que des bâtonnets très grêles, décolorés par la méthode de Gram. Cultures et inoculations ne donnèrent aucun résultat.

M. Rendu a jadis observé un cas analogue où des troubles sensitifs lui firent penser à l'hystérie. La trépanation fit constater que les centres moteurs étaient complètement détruits.

M. Raymond est persuadé que les troubles sensitifs constatés par M. Rendu étaient le fait de l'hystérie surajoutée à l'affection cérébrale.

Adénite et phlegmatia consécutives au chancre mou.

M. Galliard a soigné un malade atteint de troubles gastriques et de douleurs crurales violentes à gauche, la cuisse immobilisée par la douleur est tuméfiée à sa racine et la palpation permet de constater dans la fosse iliaque une tuméfaction qui ne peut être mobilisée et qui, indiscutablement, est d'origine ganglionnaire. Peu à peu, une phlébite de la veine fémorale et des gros troncs veineux de la cuisse se manifesta d'un façon indiscutable. M. Galliard cherchant l'origine de cette adénite et de cette phlébite a trouvé, pour les expliquer, deux chancres mous situés dans la rainure balano-préputiale. Ces chancres se cicatrisèrent et, après un temps assez long et un traitement consistant en applications chloroformées et au salicylate de méthyle à l'extérieur et à l'intérieur, en administration de teinture d'hamamelis virginica, d'opiacés et d'antipyrine, le malade guérit complètement.

Mort par surcharge graisseuse du cœur.

MM. Roubinowitch et Hirshberg ont fait l'autopsie d'une femme atteinte de confusion mentale et d'un abcès du sein, qui mourut subitement. La mort, dans ce cas, paraît devoir être attribuée à la surcharge graisseuse du cœur qui était considérable.

M. Mercklen qui a observé plusieurs cas de mort subite par adipose du cœur, dont les observations sont relatées dans la thèse de M. G. Bureau, rappelle que M. Brouardel a signalé la mort subite chez des jeunes sujets ayant toute l'apparence d'une bonne santé, mais que le plus souvent cet accident se produit au cours de maladies débilitantes.

Paralysie générale chez un enfant, simulant l'idiotie.

MM. Toulouse et Marchand ont observé une petite fille qui, intelligente jusqu'à dix ans, perdit progressivement à partir de cet âge toutes ses facultés intellectuelles au point d'être internée dans un asile comme idiote. Cette enfant présente tous les symptômes de la paralysie générale: troubles de la parole, exagération des réflexes, inégalité pupillaire, tremblement, attaque épileptiforme, démence et gâtisme. A l'autopsie, l'on constata toutes les lésions de la paralysie générale progressive. J. N.

Service de Santé des Colonies. — M. Mosimann, docteur en médecine, médecin-major de 2e classe de l'armée, démissionnaire, a été nommé médecin auxiliaire des colonies. — M. le Dr Calmette, médecin principal des colonies, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, professeur à l'Université de cette ville, est promu au grade de médecin en chef de 2e classe.

Hospice des Enfants-Assistés de Thiais. — M. le Dr Delamarre est nommé médecin de cet hospice en remplacement du Dr Laforest.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 juin 1899. — Présidence de M. Pozzi.

Traitement des hémorroïdes.

M. Bazy pratique, suivant les cas, l'ignipuncture ou l'opération sanglante. Pour celle-ci, il fait la suture en surjet discontinu. Il est parfois nécessaire d'enlever un peu de peau, quand il y a des hémorroïdes externes. Le succès dépend beaucoup des soins consécutifs.

M. Berger pense qu'une même méthode ne convient pas à toutes les complications des hémorroïdes. Celles-ci peuvent être saignantes, douloureuses, enflammées, procidentes. La dilatation agit avec succès contre les trois premiers états. Mais elle ne fait rien contre le prolapsus. C'est alors la cautérisation qu'il faut employer. M. Berger se sert de la pince-cautère de Richet. Le prolapsus étant attiré au dehors, un fil de crin est passé autour de la base du pédicule. La dilatation anale étant faite, on étreint avec la pince, portée au rouge sombre, le paquet hémorroïdaire. Depuis vingt-cinq ans que M. Berger emploie ce procédé, il n'a qu'à s'en louer. Il ne provoque pas de douleurs, à condition de ne pas faire de pansement dans l'anus, ce qui provoque du ténesme et de la dysurie.

M. Tuffier pense que le manuel opératoire doit se baser sur l'indication opératoire. On ne doit opérer que les hémorroïdes, sujettes à accidents, douleurs, hémorragies, prolapsus. Il faut recourir à des procédés d'autant plus simples que la lésion est moins compliquée. S'agit-il de simples varices, on les détruit sur place au thermo. Si au contraire ce sont de gros bourrelets, il faut les exciser au bistouri.

M. Reclus reconnaît que tous les procédés sont bons. Il admet néanmoins que l'exérèse sanglante donne des résultats supérieurs à ceux de la cautérisation. C'est en 1888 que M. Reclus eut l'idée de substituer le bistouri au thermocautère pour opérer les hémorroïdes. Il n'avait pas connaissance alors du procédé de Whitehead. Il reste partisan de l'opération sanglante, qui guérit facilement, sûrement et rapidement. La préparation du malade est moins minutieuse que ne le pense M. Berger. En ayant soin d'exciser à l'union du tissu malade avec le tissu sain, on évite toute hémorragie. Quant aux rétrécissements, on n'a pas à les craindre, si l'on opère avec antisepsie.

Rétrécissement inflammatoire du cæcum. Résection du cæcum. Guérison.

M. Gérard-Marchant communique l'intéressante observation suivante due à M. Demoulin. Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans, présentant des troubles d'obstruction intestinale, avec état général mauvais. M. Demoulin pratique la laparotomie médiane, dévide l'intestin grêle, qui n'offre rien d'anormal. Il se dirige alors du côté du cæcum, sur la face externe duquel il trouve une tumeur, du volume d'une noix, qui semble s'enfoncer dans le cæcum. M. Demoulin se décide à ouvrir le cæcum et trouve que la tumeur est formée de deux masses, qui répondent aux deux valves de la valvule iléo-cæcale. L'extirpation terminée, M. Demoulin pratique la suture de l'intestin à trois étages. Contrairement à toute attente, la malade guérit. Qu'était cette tumeur? Il a été impossible d'y reconnaître d'autres lésions que celles d'un épaississement inflammatoire simple du cæcum.

M. Gérard-Marchant a lui-même observé un cas semblable. On ne peut émettre que des hypothèses sur l'origine de ces lésions. La plus plausible est celle qui soupçonne l'influence d'un corps étranger. P. Rellay.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 19 juin 1899. — Présidence de M. Bouchereau.

M. Motet, *secrétaire général*, donne lecture à la Société du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. le Dr Chaudé, membre de la Société de Médecine légale.

Il prononce ensuite quelques paroles, en la mémoire de M. le Dr Charpentier, président actuel de la Société, qui vient de mourir emporté par une longue et douloureuse maladie.

La séance est levée en signe de deuil.

A la reprise de la séance la parole est donnée à M. Motet pour l'exposition de son rapport sur la loi Cruppi; rapport que nous reproduisons en grande partie (Voir page 1).

M. Vibert fait à la loi des objections générales portant, et sur le principe même de la double expertise et sur les difficultés d'application. Une première objection de principe c'est qu'avec cette co-expertise, l'expert de l'inculpé sera toujours porté à relever tout ce qu'il y aura d'utile pour l'accusé, tandis que l'expert de la justice tendra surtout à mettre en évidence les faits qui prouveront le plus la culpabilité de l'individu. En second lieu, dans certains cas délicats, comme dans ceux de névrose traumatique par exemple, le médecin expert ne peut se faire une opinion que par un examen très attentif du malade. Or si l'on a affaire à deux médecins, ils ne pourront que se gêner l'un et l'autre et ajouter ainsi de nouvelles difficultés à l'expertise. Dans certaines affaires d'avortement, d'infanticide, il en sera de même. Pour les médecins aliénistes ce sera pire encore. Les difficultés d'application tiendront tout d'abord à la difficulté qu'auront les deux médecins experts pour prendre un rendez-vous. Si l'on compte ce temps perdu, ajouté au jour de délai franc que donne la loi, on devra se baser sur un minimum de trois ou quatre jours, avant que les deux médecins experts n'aient pu commencer l'examen médico-légal. Cette perte de temps est d'une importance considérable et peut amener de grandes difficultés pour certaines expertises, comme les viols, les avortements, les infanticides, les autopsies. Quant aux frais de l'expertise, aux honoraires, les difficultés ne seront pas moindres. Avec deux experts, le travail du médecin sera doublé, il n'en sera pas pour cela plus rémunérateur, car les honoraires sont bien minimes et insuffisants. Enfin la comptabilité des vacations deviendra un problème presque insoluble.

M. Yvon montre l'importance qu'il y a pour les experts d'agir de suite.

M. Lutaud insiste sur la même idée.

M. Vallon demande à ce que l'on émette un vœu, dans le rapport, pour le relèvement du tarif des expertises; il souhaite en outre que l'on arrive à résoudre le grave problème de la comptabilité des vacations. E. Carrier.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

La Société de Neurologie a été fondée, à Paris, le 8 juin 1899. Elle a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux Elle se compose de membres titulaires et de membres correspondants nationaux et étrangers.

La Société de Neurologie se réunit en séances publiques, le premier jeudi de chaque mois (excepté les mois d'août, septembre et octobre), à la Faculté de Médecine, salle des thèses, no 2, à neuf heures et demie du matin. Des communications et présentations de malades ou de pièces sont faites par les membres de la Société.

Des communications et présentations de malades ou de pièces peuvent être faites par des personnes étrangères à la Société; elles doivent être annoncées au moins huit jours à l'avance au Bureau qui donne, s'il y a lieu, l'autorisation nécessaire. La durée de chaque communication ne doit pas excéder un quart d'heure; sa longueur ne peut dépasser une page d'impression. La *Revue neurologique*, organe officiel de la Société, publie le 15 de chaque mois les Bulletins des séances.

Composition du Bureau : Président, M. Joffroy; Vice-Président, M. Raymond; Secrétaire général, M. Pierre Marie; Secrétaire des séances, M. Henry Meige; Trésorier, M. Souques.

Membres titutaires fondateurs : MM. Achard, Babinski, Ballet, Brissaud, Déjerine, Dupré (E.), Gilles de la Tourette, Gombault, Klippel, Parinaud, Parmentier, Paul Richer.

La première séance publique aura lieu le jeudi 6 juillet 1899.

Ordre du jour : 1. Allocution de M le Pr Joffroy. 2 M. le Pr Raymond : Un cas de surdité verbale pure. 3. M. le Dr Babinski : Du phénomène des orteils dans l'épilepsie. 4. M. le Dr Souques : Un cas de méralgie paresthésique traité par la résection du nerf fémoro-cutané. 5. M. le Pr Brissaud : Claudication intermittente douloureuse. 6. M. le Dr Déjerine.

REVUE D'HYGIÈNE

I. — L'hygiène des diabétiques, par MM. Proust et Mathieu. (Bibliothèque d'hygiène thérapeutique, Masson, 1899.)

I. — Comme le disent fort justement les auteurs au début de leur livre, le diabète sucré n'est pas une maladie uniforme toujours identique à elle-même. Le traitement hygiénique doit être institué à part, non seulement pour chacune des formes du diabète, mais pour chacun des diabétiques en particulier. Le médecin ne doit pas se préoccuper exclusivement de faire disparaître le plus complètement possible la glycosurie, on n'arriverait souvent à obtenir sa réduction maxima qu'en exposant les malades à de graves dangers d'auto-intoxication. Il convient d'attribuer une part d'attention tout aussi grande à l'état des forces et de la nutrition générale qu'à la déperdition du sucre par les urines. Le régime et l'hygiène convenables ne seront souvent établis qu'à la suite d'une série de tâtonnements. L'attention éveillée de ce côté, le médecin pauvre mettra en pratique ces sages conseils d'hygiène et de thérapeutique, et il fera ces tâtonnements successifs avec des éléments suffisants d'information. On trouvera dans ce manuel exposés avec une grande netteté les différents régimes des diabétiques, régimes exclusifs, régimes atténués. Selon la forme du diabète, légère, moyenne, grave, il s'agira d'établir le régime alimentaire, en ayant toujours présent à l'esprit la sage remarque que MM. Proust et Mathieu ont exposé au début, à savoir qu'il ne faut pas seulement s'occuper du sucre et de le faire disparaître, mais qu'il est nécessaire de ne pas oublier le malade, ses forces, son tempérament, sa résistance. Naturellement on prescrira le régime attenué, celui d'Ebstein ou de Bouchardat. Mais il faudra être aidé par le malade : pour maigrir lorsqu'on est trop gras, pour se maintenir en équilibre nutritif lorsqu'on est diabétique et se rapprocher le plus possible de l'état normal, il faut le vouloir et le vouloir d'une façon suivie. Le médecin, sans effrayer ni décourager son malade doit le bien convaincre de ces principes ; il doit lui faire nettement comprendre qu'il ne s'agit pas d'exécuter quelques prescriptions d'une façon passagère, mais d'adopter un genre de vie nouveau pour le restant de son existence. La sévérité dans le régime ne sera pas égale pendant toutes les périodes de la vie ; mais le diabétique, même guéri en apparence, ne devra jamais reprendre complètement la vie de tout le monde. Pour essayer de donner au lecteur une idée de cet intéressant manuel, nous avons insisté sur la partie morale, en quelque sorte du traitement si bien indiqué par MM. Proust et Mathieu : nous renvoyons aux chapitres du livre pour tous ceux qui peuvent être intéressés par la composition des aliments, les boissons ; l'hygiène générale du diabétique, la prophylaxie du diabète, les eaux minérales dans le traitement du diabète, etc.

II. — La fièvre typhoïde, la tuberculose et la malaria devant l'hygiène, par le Dr Salmon. (Maloine, 1898.)

II. — Cette conférence est destinée à montrer à un public non médical tous les avantages que peut donner l'hygiène ; la fièvre typhoïde, la tuberculose, la malaria sont passées en revue. On peut souhaiter que grâce à une bonne hygiène ces affections se feront de plus en plus rares. Il en sera comme pour la variole qui, dans l'armée française par exemple, de 1834 à 1849, tuait 39 pour 1.000 ; en 1870, pendant le siège de Paris, elle frappait 80 hommes sur 1.000. Sous l'influence de l'isolement, des vaccinations, etc., la mortalité décroît et on ne compte plus dans toute l'année que 127 decès par variole en 1876, 98 en 1878, 42 en 1882, 3 maintenant.

III. — Des progrès sanitaires dans la principauté de Monaco ; par le Dr Vivant. (Imprimerie Chaix, 1898.)

III. — La principauté de Monaco a pu, dans ces dernières années, faire de très grands progrès hygiéniques, grâce aux prescriptions édictées par le Gouvernement en 1893. Les médecins sont obligés de déclarer les maladies contagieuses, les hôteliers sont obligés de faire désinfecter les linges, locaux, etc. Le tout à l'égout existe dans toute la ville. Autrefois les amas de detritus, d'ordures ménagères, étaient recueillis dans des tombereaux et déversés dans la mer : aujourd'hui on a créé une usine d'incinération ; ce sont des caisses de fonte dont l'intérieur est mis en communication avec un carneau dans lequel l'air extérieur est vivement refoulé par une soufflerie de vapeur. Les quatre cellules peuvent incinérer 56 mètres cubes d'ordures ménagères en 24 heures. Les températures obtenues dépassent 900°. Il est regrettable que M. Vivant n'ait pas donné le prix de revient de ces incinérations.

IV. — Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène de France, tome XXVII, année 1897.

IV. — Ce volume débute par une préface de M. Brouardel sur la conférence de Venise, relativement à la peste. Il s'agissait de protéger l'Europe contre l'invasion de la peste, en apportant le minimum d'obstacles au transport des voyageurs et des marchandises. Dans les ports contaminés, l'embarquement des voyageurs est libre ; les marchandises susceptibles de transporter les germes de la peste sont désinfectées. Pendant la traversée, les mesures de désinfection continuent à bord ; au canal de Suez et au golfe Persique, ont été créées des stations d'observation et de désinfection. Enfin, dans le port d'arrivée, chaque nation est libre d'imposer telles mesures d'observation et de désinfection qu'elle juge convenables. Sur 21 puissances représentées à Venise, 18 ont signé tout de suite la convention, 3 y adhèreront probablement dans un temps peu éloigné. On trouvera dans ce volume des rapports sur l'assainissement de Saint-Etienne, sur l'hygiène alimentaire, vieux papiers servant à envelopper, vins sursalés, vins salés d'Algérie, vins piqués, etc., et sur l'hygiène infantile, crèche publique à Héricourt, biberon à tube, etc. Citons enfin le rapport de notre rédacteur en chef sur l'assainissement de Royan, qui a été publié dans le *Progrès*.

V. — Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1898-1899.

V.— Un grand nombre de sujets relatifs à l'hygiène est contenu dans cette revue ; nous ne pouvons en faire l'énumération, et nous nous contenterons de citer quelques titres relatifs à la tuberculose qui, naturellement, y tient une grande place. Les sanatoriums et l'hospitalisation des tuberculeux indigents ; la prophylaxie de la tuberculose à l'Académie de Médecine ; prophylaxie de la tuberculose, mesures préventives contre les contagions bacillaires à Cannes et dans les stations du littoral mediterranéen. La tuberculose dans l'armée. Les poussières et la tuberculose, imperméabilisation des planchers. De la virulence des poussières des casernes et de leur teneur en bacilles tuberculeux. Dans ce dernier travail, MM. Kelsch, Boisson et Braün ont cherché, par des inoculations à des cobayes de poussières de planchers, à inoculer la tuberculose à ces animaux. Sur les 81 cobayes inoculés, pas un seul n'est mort de tuberculose : les expérimentateurs s'étonnent de ce résultat négatif. « Enfin, disent-ils, en forme de conclusion, on peut croire, sans être taxé de témérité, que nos poussières n'ont pas donné la tuberculose parce qu'elles n'en contenaient point la graine. » Nous sommes moins étonné de ce résultat négatif, étant donnée la sélection des hommes qui vivent dans les casernes, sélection faite au conseil de revision et pendant tout le séjour au régiment, où le tuberculeux à peine suspect est renvoyé dans ses foyers, les inoculations doivent logiquement être négatives. Car les seuls bacilles de Koch qui peuvent se trouver sur les planchers d'une caserne, sont amenés avec les chaussures et ce mode de véhicule pour les bacilles n'est pas très avantageux. Ces expériences seraient beaucoup plus intéressantes si elles étaient faites, et ce ne serait pas la première fois, avec les poussières recueillies dans un milieu plus contaminable qu'une caserne, dans un omnibus public, un wagon, un hôpital ordinaire ou une salle de tuberculeux.

Martha.

VI. — Prophylaxie de la tuberculose dans les crèches ; par Paul Richard. Masson, 1899.)

VI. — Médecin de la crèche de l'Arbre-Sec et entièrement dévoué à cette utile institution, M. le Dr Paul Richard a, dans une très intéressante communication au Congrès de la tuberculose de 1898, exposé la nécessité de prendre, dans les crèches, des mesures contre la tuberculose. M. P. Richard avoue que la crèche est un habitat malsain pour l'enfant, mais si comme

toute agglomération humaine elle offre des dangers, il n'en est pas moins vrai que la crèche dans nos grandes villes est plus qu'utile mais nécessaire, permettant à la mère de travailler sans abandonner son enfant aux soins inintelligents de mercenaires bornées. Nous sommes heureux de nous trouver ici en conformité absolue d'opinion avec notre distingué confrère P. Richard. La tuberculose est une des affections qui menacent le plus la crèche, et le danger est d'autant plus grand qu'il est plus caché et que la maladie chez le jeune enfant peut prendre des formes variées (entérites, athrepsie, etc.) qui en rendent le diagnostic fort difficile.

M. P. Richard, à la crèche municipale du Ier arrondissement, a constaté 13 enfants présumés tuberculeux sur 200 enfants malades, soit 6,50 0/0. Ces enfants avaient contracté la tuberculose dans leur famille, et l'auteur montre tout l'intérêt qu'il y a à faire une enquête sur les parents de chaque enfant de la crèche et les conditions hygiéniques de leur habitat. Nous regrettons de ne pouvoir citer *in extenso* les excellents conseils donnés par M. Richard sur l'organisation de la crèche, sur le choix et la tenue du personnel, sur l'enfant qui y séjourne, et son alimentation, dans le but d'éviter la propagation de la phtisie ; nous nous bornerons à rappeler que dans ses conclusions, M. P. Richard réclame l'application rigoureuse des règles de l'hygiène générale, la séparation nette de la crèche en crèche intérieure et crèche extérieure, pour éviter l'infection de la crèche par les étrangers, la désinfection régulière du local et du matériel, l'examen minutieux et *complet* des personnes chargées de soigner les enfants, la toilette antiseptique de ces derniers et l'exclusion absolue des enfants issus de parents tuberculeux et habitant avec eux. Cette dernière conclusion a navré, nous n'en doutons pas, le cœur sensible des dames patronnesses ; mais nous ne cesserons de répéter qu'une crèche n'est ni un sanatorium, ni un hôpital et qu'on ne saurait trop prendre de précautions préservatrices contre une maladie qui frappe, de préférence, les enfants et arrive ainsi à creuser, dans l'espace d'une année, 150.000 tombes dans notre sain pays de France. J. NOIR.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. — Martigny-les-Bains (Vosges). Eaux sulfatées calciques, par le Dr L. DEDET. (Maréthеux, imp., Paris, 1899.)

I. — Dans un court memento médical M. le Dr Dedet expose les qualités des eaux minérales de Martigny, station intéressante peu et mal connue, dit-il. Martigny n'est pas cependant une station née d'hier, dès 1767, la Fontaine-au-Fer du marquisat de Bulquéville était réputée pour guérir les élodures (rhumatismes) dans toute la Lorraine. En 1857, l'Académie de Médecine autorisait l'exploitation de ces eaux minérales.

Au point de vue climatérique Martigny est situé dans d'excellentes conditions pour favoriser une cure aérothérapique, entouré de montagnes boisées et verdoyantes dépendant de la chaîne des monts Faucilles.

La composition des eaux de Martigny est analogue à celle de ses voisines Contrexéville et Vittel, ce sont des eaux salilines sulfatées, calcaires, magnésiennes et lithinées; un peu moins magnésiennes que Vittel, plus que Contrexéville, elles tiennent le milieu entre ces deux stations et jouissent de propriétés analogues.

L'action physiologique des eaux de Martigny expérimentée par le Dr Buez peut se résumer par les conclusions suivantes : 1° Qu'elles augmentent considérablement la sécrétion urinaire, à un point tel que la quantité d'urine dépasse la quantité d'eau ingérée ; 2° Que la réaction de l'urine change rapidement ; 3° Qu'il y a augmentation de densité de l'urine ; l'urée, l'acide urique, le chlorure de sodium présentent des chiffres plus élevés qu'à l'état normal. D'autre part, M. Leblanc a constaté : 1° que les eaux de Martigny élèvent, dans une proportion notable, le coefficient d'oxydation chez l'homme sain ; 2° elles diminuent la toxicité urinaire. Enfin M. Dedet a pu constater leur parfaite digestibilité et leur tendance à assurer l'asepsie des voies urinaires. Nous ne pouvons ici analyser toutes les observations faites en trois ans d'études consciencieuses par M. le Dr Dedet, nous nous contenterons de reproduire les indications et les contre-indications qu'il donne de la station de Martigny.

Indications. — L'indication primordiale est l'uricémie. Toutes les fois qu'il y aura dans l'organisme un surcroît, un taux trop élevé d'acide urique, on devra avoir recours à la cure de Martigny. C'est assurément dans les lithiases que triomphe le tratiement hydro-minéral (gravelle sablonneuse, graveleuse, calculeuse), si nous nous occupons du volume et de la forme sous lesquels se présentent les concrétions. Gravelle urique, exalique ou phosphatique, si nous parlons de la nature chimique de ces mêmes concrétions. Dans la goutte, stimulante de la nutrition, augmentant le coefficient d'oxydation, elle est indispensable. Dans la goutte abarticulaire ou viscérale, Jaccoud l'a préconisé à côté des autres eaux du même groupe. Dans la glycosurie arthritique, plus connue dans le public sous le nom de diabète goutteux. Dans la néphrite goutteuse, à la condition toutefois que l'altération rénale soit insignifiante.

Dans les pyélites, mais surtout celles qui sont d'origine calculeuse. Dans la cystite chronique, les uréthrites blennorrhagiques, chez des rhumatisants goutteux, et enfin dans la cholélithiase et les troubles utérins chez les uricémiques : cystalgie, pyélite, etc., etc.

Contre-indications. — Il ne faut pas envoyer à Martigny, faire une cure, les gens atteints d'un calcul volumineux dans la vessie, c'est-à-dire incapable de passer par les voies naturelles; mais la cure est indiquée après l'opération, autant pour décongestionner l'organe que pour le débarrasser des débris qui ont échappé au nettoyage post-opératoire Les rétentionnaires urinaires. Les gens atteints de calculs rénaux de dimension trop grande. Les cardiopathes avec lésions non compensées. Les pyélo-néphrétiques avec lésions rénales avancées. Les néphrites avec polyurie, présence trop abondante d'albumine, tubuli, nombreux cylindres. Enfin les affections néoplasiques des voies urinaires (reins, vessie).

II. — Les Eaux de Châtel-Guyon et leur action sur la nutrition ; par G. PESSEZ. (Masson et Cie, edit., 1898).

II. — Les Eaux de Châtel-Guyon qui, par leur thermalité, appartiennent à la classe des *eaux chaudes*, sont, au point de vue chimique, des eaux *chlorurées sodiques et magnésiennes, bicarbonatées mixtes, lithinées et fortement ferrugineuses.* Très chargées d'acide carbonique libre et en dissolution, elles contiennent enfin une forte proportion de *chlorure de magnésium*, ce qui leur assigne un caractère propre et fait leur originalité; il n'existe pas, en effet, d'autres eaux minérales qui en puissent présenter une aussi notable quantité. On peut résumer ainsi les effets physiologiques des eaux de Châtel-Guyon : 1° Suractivité des fonctions de l'estomac, du foie, de l'intestin et du rein, tant au point de vue chimique que mécanique; 2° Suractivité de la circulation, et dans la reconstitution des globules sanguins; 3° Action névrosthénique sur le système nerveux, le grand régulateur des échanges.

L'action des eaux de Châtel-Guyon sur la nutrition, que ces eaux soient prises en boisson seule ou mieux encore en boisson et bains, se traduit de la façon suivante : 1° activité plus considérable dans la sécrétion des reins; 2° dans les échanges azotés ; 3° dans les oxydations; 4° assimilation plus grande des chlorures, de la chaux et de la magnésie; 5° action d'épargne sur tous les tissus riches en phosphore; 6° élimination rapide de l'acide urique préformé et diminution considérable dans sa formation. Si nous ajoutons à ces actions diverses sur l'organisme l'action spéciale et nullement négligeable du bicarbonate de fer, en si grande proportion dans les eaux de Châtel Guyon, et sur laquelle, bien entendu, notre expérience n'a pu porter, nous trouvons dans les eaux de Châtel-Guyon des eaux *puissamment dépuratives, reconstituantes et toniques.*

Relèvent d'un traitement à cette station, en premier lieu, toutes les maladies par déviation ou par ralentissement de la nutrition, telles que le *rachitisme*, l'*ostéomalacie*, la *lithiase biliaire*, l'*obésité* (celle provenant d'un défaut de désassimilation et d'oxydation), le *diabète sucré* (période du diabète où les échanges et les oxydations diminuent et où le rapport de

l'acide phosphorique à l'azote total s'élève), l'*albuminurie* (secondaire surtout), les *différentes albuminaturies*, la *phosphaturie*, la *gravelle*, la *goutte* (à la période où la nutrition est retardante), le *rhumatisme* dans ses différentes formes et en dehors des accès, l'*asthme*, la *migraine* et les *névralgies*.

On doit ajouter à cette liste certaines affections générales, comme les *auto-intoxications chroniques*, que celles-ci proviennent d'origine gastro-intestinale, du surmenage nerveux ou du surmenage musculaire; la *neurasthénie*, dans le traitement de laquelle le *magnésium*, renfermé dans les eaux de Châtel-Guyon, joue un rôle si considérable; les *troubles nerveux* consécutifs aux maladies aiguës fébriles; les *convalescences* longues et traînantes à la suite de traumatismes, l'*anémie* dans certains cas; la *chlorose*, le *lymphatisme*, la *phlébite*, les *fièvres paludéennes*, les *affections* des pays chauds et les congestions passives du système nerveux. Enfin et surtout ces eaux s'adressent aux maladies chroniques du tube digestif et en premier lieu à l'entérite muco-membraneuse. J. Noir.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène de l'Allaitement; par Henri de Rothschild. — (Masson et Cie, éditeurs, 1899.)

Cet ouvrage a été conçu dans un but essentiellement pratique; il est, en effet, destiné aux mères de famille et à toutes les nourrices soucieuses de leur devoir : elles y trouveront des renseignements complets et assez précis pour leur servir de guide pendant les premières années de leur maternité. L'exposé des recherches techniques ne nuit pas à la simplicité des développements qui en rend la lecture facile et attrayante. Ce livre est divisé en quatre parties qui sont elles-mêmes divisées en autant de chapitres qu'en nécessite le sujet.

Dans la première partie, M. Henri de Rothschild étudie l'allaitement au sein. Beaucoup de mères commettent encore, en allaitant, des fautes graves, souvent irréparables, qui déterminent des troubles digestifs chez le nourrisson, pouvant aller jusqu'à la gastro-entérite et à l'athrepsie. Il existe des règles fixes, des lois thérapeutiques, hygiéniques et sociales, concernant l'allaitement du nouveau-né. Il y a trois modes d'alimentation du nourrisson : l'allaitement naturel, l'allaitement mixte et l'allaitement artificiel. C'est un devoir pour la mère d'allaiter son enfant. Les causes qui l'en empêchent sont bien rares : en première ligne vient la tuberculose, puis les diverses affections générales, les fièvres graves, enfin les causes locales, telles que les vices de conformation des seins, les gerçures ou crevasses du mamelon, l'atrophie de la glande mammaire, etc. Si la mère ne peut pas allaiter, il vaut mieux s'adresser à une nourrice sur place, qu'à une nourrice à la campagne, mode en tous points détestable. L'auteur examine les qualités que doit remplir une bonne nourrice, prescrit l'examen général et local de cette dernière, l'examen de son enfant. Une femme qui allaite doit avoir une vie calme et régulière, une alimentation saine. Elle doit prendre des précautions spéciales au moment de la tétée (lavage du mamelon, etc.), La tétée doit avoir lieu toutes les deux heures et durer dix minutes au maximum, sinon on expose le nourrisson aux accidents de la suralimentation. Dans de bonnes conditions l'augmentation du poids de l'enfant est constante et la pesée qui doit être faite tous les jours témoigne de la santé du nourrisson.

Dans la deuxième partie, l'auteur passe à l'allaitement mixte et à l'allaitement artificiel. Il étudie d'abord les différents laits utilisés dans l'alimentation du nourrisson au point de vue chimique et bactériologique. Il passe en revue les laits de vache, de chèvre, d'ânesse, de femme. Il conclut en montrant combien il est difficile d'avoir du bon lait grâce aux fraudes et aux falsifications. D'où la nécessité d'avoir recours aux divers procédés de stérilisation du lait. Mais avant de passer à cette étude il faut connaître la technique de l'allaitement mixte et de l'allaitement artificiel. Cette technique est assez complexe (emploi de flacons bactériologiquement propres, asepsie parfaite du biberon qui sera d'un modèle absolument simple, périodicité des tétées). On s'assurera du parfait état de l'enfant en constatant tous les jours son augmentation régulière à l'aide du pèse-bébés.

Il est maintenant nécessaire de connaître les divers procédés de stérilisation du lait. Celle-ci peut se faire à domicile ou dans l'industrie. Dans le premier cas, c'est la méthode de Sohlet qui a été employée la première. L'auteur décrit cette méthode (stérilisation au bain-marie à 100°, à l'aide de flacons spéciaux), puis il étudie l'appareil de Gentile perfectionné par le professeur Budin. Mais ces diverses méthodes ne sont pas parfaites. Elles ne permettent pas de détruire les spores ni les levures des micro-organismes pathogènes contenus dans le lait. Aussi faut-il consommer ce lait-là dans les vingt-quatre heures. C'est à la stérilisation industrielle qu'on s'adresse le plus volontiers. Cette dernière, étudiée par une commission dont M. Budin fut nommé rapporteur général, permet d'obtenir du lait stérilisé industriellement qui répond à tous les *desiderata* de la science et se conserve pendant fort longtemps sans perdre de sa valeur. Le lait de vache stérilisé, modifié en vue de rapprocher sa composition du lait de femme, est appelé lait maternisé. Il peut être employé comme le premier. Le lait peptonisé s'emploie surtout chez les enfants débiles. Il a donné d'excellents résultats.

Dans la troisième partie de l'ouvrage, la question du sevrage est examinée en détail : A quelle époque doit-on sevrer un nourrisson? Le sevrage sera-t-il brusque ou progressif? Quels aliments doit-on donner au nourrisson après le sevrage? Tels sont les points de vue envisagés par l'auteur. Si tous ces préceptes sont méconnus, l'enfant sera sujet aux troubles gastro-intestinaux du premier âge. L'étude de ces troubles constitue la dernière partie de l'ouvrage. Les troubles dus à la suralimentation sont surtout l'apanage des enfants nourris au sein. On constate alors des vomissements, de la diarrhée; le poids de l'enfant reste stationnaire. Ces troubles peuvent aboutir à la gastro-entérite chronique.

Chez les enfants allaités au biberon, on observe la gastro-entérite aiguë (infection gastro-intestinale aiguë) sous ses diverses formes (forme légère, forme grave, forme foudroyante, souvent désignée sous le nom de choléra infantile). La gastro-entérite chronique répond au tableau de l'athrepsie de Parrot.

L'auteur conclut en affirmant la supériorité de l'allaitement maternel sur tous les autres modes d'allaitement. Aussi, malgré les bienfaits incontestables de l'allaitement par le lait stérilisé, convient-il ne s'y résoudre qu'en cas de nécessité absolue : Si l'enfant élevé au sein dépérit, on pourra instituer le régime mixte; si la mère n'a pas de lait, ou si, ayant du lait, elle ne peut absolument pas nourrir elle-même; si elle ne peut recourir à une nourrice mercenaire, l'allaitement artificiel sera institué d'emblée. Dans ce cas, on n'emploiera que le lait stérilisé par les dernières méthodes, en suivant les préceptes énumérés au cours de l'ouvrage.

M. de Rothschild termine par un relevé des statistiques suivantes : Statistique de la Maternité, de 1893 à 1897, de la Polyclinique Henri de Rothschild, consultation du Dr Chavane, du Dr Drapier (de Rethel), du Dr Dufour (de Fécamp), statistique municipale de la Ville de Paris (Mortalité des enfants âgés de un jour à un an, de 1891 à 1897). Enfin, relevé des tableaux de la thèse du Dr Chavane montrant l'augmentation de poids de 102 enfants soumis à l'allaitement artificiel pendant leur séjour à l'hôpital. Netter.

La vision. Etude physiologique; par le Dr H. Parinaud. (Fig. dans le texte). (Octave Doin, éditeur, Paris, 1898.)

Il n'est pas possible de donner en un aussi court espace que celui dont nous disposons, une analyse fidèle du livre de Parinaud. Ecrit dans un style sobre, précis et condensé, chaque page est très substantielle et tous les chapitres demanderaient à être approfondis. Nous ne pouvons donc que citer les grandes lignes de ce travail, tout d'érudition scientifique, conçu avec l'autorité et l'expérience classique incontestée de notre ancien maître.

Dès le début de cette étude, il porte la question sur son véritable terrain, qui est celui de la physiologie, et affirme qu'il faut, se dégageant des spéculations métaphysiques et de l'abus

des mathématiques, chercher l'explication des phénomènes visuels dans les propriétés de structure de l'appareil visuel.

L'ouvrage est divisé en *deux parties*. Dans la première est étudiée la *sensibilité visuelle*, dans la seconde sont expliquées les *relations fonctionnelles des deux yeux*.

A l'aide de certaines modifications faites au spectroscope ordinaire, on ne pourra mettre en lumière que deux faits fondamentaux : l'influence de l'adaptation sur la sensibilité rétinienne et la non-participation de la fovea à l'adaptation, permettent de faire connaître les fonctions des éléments rétiniens.

Pour cela il était nécessaire de donner un spectre positif et de permettre son exploration à la lumière du jour et dans l'obscurité absolue; de permettre de graduer l'intensité de ce spectre et d'évaluer la quantité de lumière qui, pour chaque partie de ce spectre, correspond au minimum visible.

Ce dispositif permet d'établir certaines déductions physiologiques : l'adaptation faisant défaut dans la fovea qui ne contient que des cônes, on en conclut qu'elle est *fonction des bâtonnets et du pourpre rétinien*. La réaction sensorielle des bâtonnets et des cônes est différente. Il y a en réalité deux rétines douées de propriétés différentes et deux modes de sensibilité à la lumière. Celui des cônes est fixe, l'autre, celui des bâtonnets, fait varier la sensation d'intensité et de qualité suivant l'éclairage ambiant et d'une manière inégale pour les rayons de longueur d'onde différente. Les bâtonnets et le pourpre rétinien sont en rapport avec une fonction spéciale, l'adaptation aux différences d'éclairage. Les cônes constituent les éléments fondamentaux de la rétine humaine.

L'auteur cite ensuite des faits qui démontrent le *rôle de la fluorescence en pourpre dans l'adaptation rétinienne*; et après avoir énuméré les faits physiologiques dont les conclusions sont confirmées par l'observation clinique. Aussi l'héméralopie respecte la fovea, elle consiste dans une altération de la fonction des bâtonnets et du pourpre; de même chez les animaux à vision nocturne, les bâtonnets prédominent. Les animaux dont les rétines sont privées de pourpre, sont héméralopes.

Dans le chapitre II, Parinaud définit le rôle de la rétine et le rôle du cerveau dans la vision. La partie périphérique et la partie centrale de l'appareil sensoriel de la vision ont des rapports intimes, le rôle du cerveau est prouvé par l'étude expérimentale.

La rétine transforme l'énergie physique en énergie nerveuse. Mais il y a plus : l'adaptation est une fonction périphérique, et les cônes ont les trois attributs de la sensation visuelle : lumière, couleur, forme. L'acuité visuelle est surtout une fonction périphérique; elle atteint sa plus grande perfection dans la fovea qui ne renferme que des cônes. Cependant, en raison de son éducation et de son développement, l'acuité visuelle ne doit pas être une fonction exclusivement périphérique.

En ce qui concerne la vision des couleurs, il n'y a pas d'affection exclusivement périphérique produisant la dyschromatopsie. Parinaud a observé la cécité des couleurs comme complication des lésions corticales produisant l'hémiopie.

On peut invoquer, comme preuve du siège cérébral de la spécialisation des sensations de couleur, les phases colorées des images secondaires qui sont de siège cérébral, ainsi que les phénomènes de contraste des couleurs qui sont aussi de siège cérébral. Il reste toujours difficile à expliquer le nombre indéfini de nos sensations de couleur.

Après quelques considérations anatomiques, l'auteur aborde dans la *deuxième partie* l'étude de la *vision binoculaire et de la vision alternante et simultanée*.

Il définit la vision binoculaire une fonction d'un appareil spécial composé d'une partie sensorielle, d'une partie motrice et de connexions unissant l'une à l'autre.

Trois propriétés caractérisent la partie sensorielle : *la faculté de distinguer les impressions de chaque œil, de percevoir en même temps les images binoculaires d'un objet et de les fusionner en une sensation unique*.

Le mode spécial d'extérioration ou de projection de ces images, pour leur localisation dans l'espace; ses rapports avec la convergence. Celle-ci constitue la partie motrice.

Il existe en outre un appareil *de vision simultanée* qui tout en étant uni à l'appareil de vision binoculaire en est distinct, et tous deux conservent leur individualité pathologique. Tous deux ont un substratum anatomique distinct.

Pour la *vision binoculaire*, la fovea est le centre des connexions des rétines avec les centres visuels. Ses propriétés sont : la distinction des impressions de chaque œil : diplopie, faculté de fusionner en une seule les images binoculaires d'un objet ; proportion des images déterminée par la position relative des deux yeux (points rétiniens identiques).

Pour la *vision simultanée*, les connexions des rétines avec les centres visuels existent dans toute l'étendue de chaque rétine. Ses propriétés sont : perception simultanée des objets contenus dans chaque champ visuel, sans faculté de distinguer les impressions de chaque œil, absence de diplopie et de fusion des images binoculaires d'un objet. Projection indépendante de la position des yeux, absence de points identiques.

En ce qui concerne la partie motrice : mouvements associés de convergence pour la vision binoculaire, mouvements associés de direction pour l'autre. Réflexe rétinien de convergence limité à la fovea et aux parties centrales nécessitant l'excitation des deux rétines pour la première; réflexe rétinien de direction développé sur toute l'étendue de la rétine pour la seconde.

Les deux modes de vision peuvent se substituer l'un à l'autre.

L'auteur étudie ensuite les connexions nerveuses qui président à la vision monoculaire ou *alternante*. Il expose les faits qui prouvent que quand un œil est fermé, la rétine excitée actionne seulement l'hémisphère du côté opposé.

Et même cette vision alternante peut s'établir les deux yeux étant ouverts.

Des observations faites on a pu conclure qu'il y a des connexions différentes pour la vision périphérique et centrale et que pour la vision centrale les connexions sont différentes pour la vision monoculaire et la vision binoculaire. Faits qui permettent de concevoir les combinaisons de la vision alternante centrale avec la vision simultanée des champs visuels, et d'expliquer la suppression momentanée de la vision binoculaire sur des yeux normaux, quand on rend impossible l'excitation nerveuse nécessaire à la mise en action de l'appareil.

L'ouvrage se termine par un chapitre où se trouve exposé le *rôle physiologique* des trois modalités fonctionnelles de l'appareil de la vision.

Inutile de faire valoir cette œuvre magistrale après ce qu'on vient de lire dans cette analyse qui, quoique détaillée, ne peut rendre qu'imparfaitement les vues scientifiques de Parinaud, développées à la lumière de la physiologie et de la clinique.

Néanmoins on pourra en apprécier toute la valeur. Nous recommandons cet ouvrage aux physiciens et mathématiciens parce qu'ils pourront y puiser l'enseignement salutaire de l'observation et de la clinique; ce grand mérite le designe spécialement à l'attention de tous nos confrères qui le consulteront avec fruit. Désormais, cette nouvelle étude physiologique de la vision sera dans toutes les bibliothèques.

L'exécution de cet ouvrage, confiée à M. Doin, a été particulièrement soignée. KOENIG.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Un concours s'ouvrira, le 11 décembre 1899, devant la Faculté de Médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de Médecine de Poitiers.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — Un concours s'ouvrira, le 12 décembre 1899, devant l'École supérieure de Pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de Médecine de Besançon.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. le Dr Cavalié est nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie, de physiologie et d'histologie.

ÉCOLES NORMALES D'INSTITUTRICES. — Le Ministre de l'Instruction publique vient de nommer Mlle Bonsignorio, docteur en médecine, médecin oculiste des Écoles Normales supérieures de Sèvres et de Fontenay-aux-Roses.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.

M. le Pr HUTINEL, Membre de l'Académie de Médecine.

Après avoir admis le Pr Raymond, l'Académie de Médecine vient de s'enrichir du Pr Hutinel.

Né en 1849, docteur en médecine en 1877, médecin des hôpitaux en 1879, agrégé en 1883 et titulaire depuis 1897 d'une des deux chaires de pathologie, interne à la Faculté de Paris, le Pr Hutinel s'est consacré depuis dix ans à son service des maladies infantiles de l'hospice des Enfants-Assistés.

Nous nous contenterons aujourd'hui de ces courtes données sur M. Hutinel, renvoyant nos lecteurs à la biographie publiée par le *Progrès médical* (1) lors de sa nomination à la chaire de pathologie interne.

VARIA

L'Université de Padoue au XVe et au XVIe siècles.

Padoue, qui dépendait de la République de Venise, fut à la fin du Moyen Age une des Universités les plus illustres et les plus fréquentées d'Europe. Le Dr H. M. Ferrari vient de publier une intéressante monographie intitulée : « Une chaire de médecine au XVe siècle » dont l'auteur serait un de ses ancêtres, Jean-Mathieu Ferrari de Gradibus ou de Grado ainsi nommé du nom du château où il naquit dans le Milanais. Ce Ferrari fut un des plus habiles médecins de son temps et enseigna avec succès de 1432 à 1472, il mourut à Milan médecin de la duchesse Blanche-Marie Visconti. Ses principaux travaux furent des commentaires sur les ouvrages de Rhazès et d'Avicenne.

Le *Journal des Débats* du 29 juin donne une courte analyse de l'opuscule de Ferrari que nous croyons intéressant de reproduire :

« Ferrari donne un tableau très vif et spirituel de l'Université de Pavie au quinzième siècle. Il semble que la vie y ait été parfois joyeuse. C'était une tradition, paraît-il, très respectée des étudiants, tous les ans au moment du carnaval, de voler les livres des professeurs. On les leur rendait un peu plus tard..., pour un florin par volume. Une fois le duc de Milan fut obligé de se fâcher. Il fit écrire au podestat de Pavie par le secrétaire ducal Barth Calchi : « Nous apprenons que, sans aucun respect pour leurs professeurs, des étudiants masqués entrent dans les classes de cours, et que là, outre le bruit qu'ils font par leurs chants et leur musique, ils commettent encore mille insolences. Ces désordres nous sont très désagréables. » Ce sont les mauvais garçons qui se conduisent ainsi. Les bons esprits ont des plaisirs plus calmes, mais fort savoureux encore : « Je passe ma vie, écrit un doux petit étudiant d'alors, à lire et à écrire et je converse avec les savants ; je vois ici la vertu honorée et les belles manières en usage : de nobles seigneurs se promènent dans la ville à la recherche des nouvelles. J'entends parler leurs femmes avec un doux accent ; elles passent, belles et souriantes, dans leurs voitures et s'emparent du cœur des jeunes gens par leur doux regard. Et le temps passe gaiement : l'on chante et l'on rit et l'on danse, et les soucis et les peines s'enfuient... »

Au XVIe siècle, l'Université patavine n'avait rien perdu de son antique gloire. Elle possédait deux médecins que l'Europe se disputait, Jérôme Mercurialis et Jérôme Capivaccius, ce qui n'empêcha pas le premier de mourir de la pierre, le second de fièvre intermittente, il est vrai à un âge assez avancé. Il leur survint une cruelle mésaventure qui ne diminua cependant en rien leur fameuse réputation ; appelés tous deux à Venise pour donner leur avis sur une maladie régnante, ils prétendirent que ce n'était rien, or la maladie était une peste des plus malignes qui détruisit la plus grande partie des habitants de la cité. Capivaccius fut chanté par les poètes de son époque en termes qui ne laissent pas de doute sur sa réputation :

Omnia cognoscens medicæ Capivaccius artis
Scita necis facili vicerat arte dolos,
Ast hæc incanto dum cor ferit atra tumore.
Palluit exanguis non tamen exanimis :
Namque color rediit viventi ubi funera scripta.
Auctorem produnt ingeniosa suum.

J. Noir.

L'Hygiène dans l'armée.

Dans l'armée l'hygiène est parfaite en théorie ; elle a été très judicieusement exposée dans de nombreux règlements ; elle a même inspiré d'éloquents rapports au Président de la République qui ont fait le tour de la presse. Dans la pratique, c'est autre chose. Exemple :

Il y a cinq mois — dans les circonstances que l'on sait — on envoyait à Bonifacio des troupes de renfort. Depuis ce moment les hommes sont entassés dans des usines et un couvent. Le paludisme a produit ses pernicieux effets sur le cadre et sur une troupe, dont la moitié est devenue indisponible. En cinq mois, le service du campement n'a fait distribuer aucun isolant du sol et les hommes ont une simple paillasse pour couchage. L'hôpital est dans un tel état, qu'on garde les malades à l'infirmerie plutôt que de les évacuer ; à l'infirmerie, les malades sont au moins soignés, malgré la pénurie des médicaments. La situation précaire des renforts envoyés en Corse est tellement préoccupante que le général commandant le XVIe corps d'armée qui a fourni ces détachements, a demandé au Ministre de passer l'inspection des détachements qu'il a fournis. Des baraquements sont en voie de construction sur le plateau à peine desséché de Monte-Leone. Quand ils seront occupés, la position des troupes envoyées à Bonifacio sera un peu moins mauvaise, mais elle ne sera pas de longtemps tenable.

Le *Progrès Militaire*, auquel nous empruntons ces renseignements, termine son article par ce sanglant reproche : « Puisqu'on détache 14 bataillons de leur corps d'armée, il faut les cantonner partout dans des conditions qui ne compromettent ni l'hygiène, ni la santé, ni la discipline et l'instruction des troupes. »

Nous ajouterons, en guise de conclusions, qu'il en sera toujours ainsi en fait d'hygiène tant que le service de santé n'aura qu'une autorité nominale. (*Bull. Méd.*, 21 juin 1899.)

En face de tels faits, et d'autres que nous avons cités, on est en droit de se demander où passent les fonds innombrables inscrits au budget de la guerre. Tous les articles, tous les détails de ce budget devraient être examinés avec le soin le plus scrupuleux. Il y a, à la guerre et à la marine, gaspillage sur gaspillage et la plus profonde insouciance de la fortune publique.

Double pénis.

M. Keppel, dans le *New-York medical Journal*, relate un cas curieux de double pénis intéressant, non seulement par la malformation, mais surtout par les réflexions de l'auteur.

M. Keppel eut un jour à donner ses soins à une jeune fille de trente-trois ans, de complexion amoureuse. Comme elle était sur le point d'accoucher, M. Keppel lui demanda, en plaisantant, quel était le père de l'enfant qui allait naître. La malade répondit qu'elle n'en savait trop rien, qu'elle avait eu des relations avec deux jeunes gens qu'elle aimait beaucoup, mais cet amour se balançait si bien qu'elle ne pouvait se résoudre à choisir celui qui l'épouserait. Quelques heures après, cette jeune fille accouchait d'un enfant pesant neuf livres, très bien conformé, sauf qu'il avait deux pénis distincts et très bien développés. L'enfant a maintenant douze ans. Il a toujours ses deux pénis. Le droit sert uniquement à l'émission de l'urine. Le gauche est seul capable d'érection, après excitation.

L'auteur se demande anxieusement ce qui serait arrivé, si la mère avait eu trois amants au lieu de deux..., et si l'enfant avait eu trois pénis, à quoi aurait bien pu lui servir le troisième ? (*Echo méd. du Nord.*)

(1) Voir le *Progrès médical* du 13 février 1897, page 106.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

NÉCROLOGIE

M. le Dr Ern. BARRAULT.

Le Dr Ern. Barrault, dont nous avons le vif regret d'annoncer le décès, a longtemps occupé dans la presse médicale une place distinguée. Rédacteur en chef de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, journal des connaissances médico-chirurgicales, fondé en 1833 par le Pr Trousseau, il le dirigea de 1881, succédant au Dr Hamon (de Fresnay), jusqu'à ces dernières années où il céda la rédaction au Dr R. Blondel.

Chevalier de la Légion d'honneur, médecin en chef de l'infirmerie centrale des prisons à la Santé, médecin du Bureau de bienfaisance du Ve arrondissement, médecin-inspecteur de la crèche Sadi-Carnot, où nous eûmes l'honneur d'être son collègue, le Dr Barrault jouissait, parmi ses confrères, d'une haute estime et d'une autorité méritée. Il laisse dans le corps médical parisien et plus particulièrement dans le Ve arrondissement où il avait pu se faire apprécier, la réputation d'un homme de bien et d'unanimes et sincères regrets. J. N.

FORMULES

I. — Contre l'épilepsie.

Bromèthylformine. . . . . . . , 10 grammes.
A diviser en 5 cachets. 1 à 3 cachets par jour.
Chez les enfants :
Bromèthylformine. . . . . . } ââ 10 grammes.
Eau distillée. . . . . }
Sirop d'écorce d'orange. . . . . 90 —
Une à deux cuillerées à café par jour.
(Rohermann, cité par *les Nouveaux Remèdes*, 24 juin 1899.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 18 juin au samedi 24 juin 1899, les naissances ont été au nombre de 1101, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 420, illégitimes, 142. Total, 562. — *Sexe féminin* : légitimes, 401, illégitimes, 138. Total, 539.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 18 juin au samedi 24 juin 1899, les décès ont été au nombre de 886, savoir : 459 hommes et 427 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 4. T. 8. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 16, F. 14. T. 30. — Scarlatine : M. 6, F. 1, T. 7. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie. Croup : M. 4. F. 7, T. 11. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 110, F. 83, T. 193. — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 11, T. 23. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 8, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 8, T. 9. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 29, T. 50. — Méningite simple : M. 13, F. 8, T. 21. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 21, F. 19, T. 40. — Paralysie, M. 0, F. 8, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 4, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 38, T. 60. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 4, T. 10. — Bronchite chronique : M. 7, F. 4, T. 11. — Broncho-pneumonie : M. 14, F. 14, T. 28. — Pneumonie : M. 26, F. 15, T. 41. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 14, F. 16, T. 30. — Gastro-entérite, biberon : M. 22, F. 6, T. 28. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 4, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale, M. 8, F. 13, T. 21. — Sénilité : M. 9, F. 16, T. 25. — Suicides : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres morts violentes : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres causes de mort : M. 73, F. 73, T. 146. — Causes restées inconnues : M. 9, F. 2, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 102, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 41, illégitimes, 18. Total : 59. — *Sexe féminin* : légitimes, 28, illégitimes, 15. Total : 43.

Faculté de Médecine de Paris. — *Stage hospitalier.* — I. *Inscription des stagiaires* : Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1899-1900, et qui auront pris l'inscription de juillet 1899, à la Faculté de Médecine de Paris; savoir ; 8e ou 12e (Régime de 1878), 4e, 8e ou 12e (Régime de 1893). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1899, MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1899 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre : ces élèves sont invités, en conséquence, à demander le transfert de leur dossier au plus tard le 1er octobre). — II. *Classement des stagiaires* : Les stagiaires sont répartis par année et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec ; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions. Les élèves en cours irrégulier d'études sont classés les derniers. C'est dans le même ordre que les stagiaires sont appelés à choisir les services dans lesquels ils désirent faire le stage. Aucune exception à cette règle n'est admise. Une lettre de convocation individuelle est adressée aux stagiaires. Les titulaires d'enseignement doivent s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement. Le choix des services aura lieu les 31 octobre, 3 et 4 novembre 1899, de 9 heures à 11 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre pour être immédiatement transmises au directeur de l'assistance publique. Ceux qui n'y seront pas inscrits ne pourront pas prendre d'inscriptions. L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin, le stage commence irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin. — III. *Stage d'accouchement et stage spécial* : Pendant la troisième année de stage, les élèves du nouveau régime d'études sont attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils doivent, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires (art. 1er, § 4, du décret du 20 novembre 1893). Ces dispositions ne sont pas appliquées à MM. les internes et externes des hôpitaux appartenant au nouveau régime d'études, que l'administration de l'Assistance publique n'aurait point attachés à l'un de ces services spéciaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes des hôpitaux doivent justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchement. — IV. *Justification du stage* : Les notes concernant l'assiduité et le travail de MM. les stagiaires régulièrement classés, au début de l'année scolaire, dans les services affectés à l'enseignement clinique, sont transmises à la Faculté par les soins de l'administration générale de l'Assistance publique. L'inscription de janvier est délivrée au stagiaire régulièrement inscrit et classé ; l'inscription d'avril n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus ; — l'inscription de juillet n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin. MM. les étudiants, internes et externes titulaires des hôpitaux, sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier. Pour la prise des inscriptions trimestrielles, MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent joindre à leur feuille d'inscriptions qu'ils déposent deux jours à l'avance, chez le concierge de la Faculté, un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées à MM. les internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. — MM. les étudiants délégués par l'administration de l'Assistance publique pour suppléer des externes absents fournissent à la Faculté : au moment de leur entrée en fonctions, un certificat de M. le secrétaire général de l'administration de l'Assistance publique attestant leur délégation dans les fonctions d'externes ; trimestriellement, pour les inscriptions à prendre, un certificat de leur chef de service, dans les mêmes conditions que MM. les internes et externes des hôpitaux. MM. les internes en pharmacie, étudiants en médecine, sont autorisés à accomplir le stage hospitalier dans le service auquel ils sont attachés en qualité d'internes en pharmacie. Pour la prise des inscriptions trimestrielles, ils remplissent les mêmes formalités que MM. les internes et externes des hôpitaux. MM. les élèves officiers de santé ne sont pas compris dans le classement officiel

des stagiaires. Ils se font inscrire au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique (avenue Victoria, 3), sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions, une carte leur est délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers. MM. les élèves officiers de santé justifient de leur stage au moyen d'un certificat de leur chef de service qu'ils produisent trimestriellement dans les mêmes conditions que celles indiquées plus haut pour MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

Faculté de Médecine de Lyon. — A la suite de manifestations tumultueuses au cours de M. Augagneur à la Faculté de Médecine de Lyon, manifestations auxquelles la grande majorité des étudiants était étrangère, le cours du distingué professeur a été provisoirement suspendu.

Ecole de Médecine de Tours. — M. Bertin, professeur d'hygiène, est nommé professeur de clinique médicale.

Ecole de Médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira, le 11 décembre 1899, devant la Faculté de Médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Dijon.

Maisons de la Légion d'honneur. — M. le Dr Ricard, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, est nommé chirurgien des Maisons d'Education de la Légion d'honneur.

Epidémies de Fièvre typhoïde. — *Infection des sources d'eaux potables.* — Le *Temps* du 21 juin donne quelques détails sur les accidents d'empoisonnement causés, à Chemillé (Maine-et-Loire), par une fontaine contaminée; le mal a pris de plus graves proportions par suite de la sécheresse, les habitants venant d'assez loin pour s'approvisionner d'eau à cette fontaine; c'est alors qu'on s'est aperçu que le niveau des lavoirs baissait en même temps que celui de la fontaine. Enfin, il revenait à la mémoire que dix ans auparavant, des fosses d'aisances avoisinantes s'étaient tout à coup remplies d'eau, et que ce fait avait coïncidé avec une baisse des eaux dans les lavoirs. La municipalité a ordonné des travaux de nettoyage immédiats, on a épuisé l'eau de la fontaine et des lavoirs à l'aide d'une pompe à vapeur, et on a détruit toute communication entre les différents bassins. Une centaine d'habitants ont été frappés, deux jeunes gens de 25 et 27 ans sont à toute extrémité. — D'autre part on écrit de Marseille au *Petit Journal*: La fièvre typhoïde sévit au camp de Carpiagne ou la garnison de Marseille fait des manœuvres depuis quelques jours. L'épidémie est due à la mauvaise qualité des eaux de source dont on se sert pour l'alimentation des troupes. On a évacué les malades sur l'hôpital militaire de notre ville. Le total des soldats en traitement s'élève à 258. Les victimes font partie du 111e de ligne et du 141e. On compte une dizaine de décès, soit au camp de Carpiagne, soit à l'hôpital. Le général Metzinger et M. Lenoir, directeur du service de santé du XVe corps, se rendront, demain, au camp, pour aviser aux mesures à prendre. Une certaine démoralisation s'est produite parmi la troupe. La situation est inquiétante.

Service de Santé de la Marine. — M. Brachet, médecin de 2e classe à Brest, est désigné, sur sa demande, pour remplacer au 7e régiment de la même arme à Rochefort, M. le Dr Pellan, affecté au cadre de Brest. M. Hamon, médecin de 2e classe du cadre de Lorient, est désigné pour remplacer, au 6e régiment d'infanterie de marine à Brest, M. le Dr Brachet.

La Peste en Egypte. — La statistique de la peste montre qu'il y a eu, en tout, depuis le commencement de l'épidémie, quatorze cas de peste, dont deux morts et quatre guérisons. — (*Le Temps* du 8 juin.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de: M. le Dr Grizou (de Châlons-sur-Marne). — M. le Dr Odoul (de Ville-en-Tardenois). — M. le Dr Choteau (de Saint-Maurice-lès-Lille). — M. le Dr Traunoy, médecin-chef de la Légion d'honneur. — M. le Dr Cauterman, ancien président de la Fédération médicale belge. — M. le Dr Lawson Tait, chirurgien consultant de l'Hôpital pour Femmes à Birmingham. — Deux étudiants en médecine de Montpellier se sont noyés, le 19 juin 1899, dans un bassin très profond, situé dans une propriété particulière près de Celleneuve, faubourg de Montpellier. Les corps ont été retrouvés.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — M. le Pr Raymond: *Clinique des maladies nerveuses*, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. — M. le Dr Déjerine, *Maladies du système nerveux*, le jeudi, à 5 heures (salle de la consultation externe). Les mercredis matin, à 9 h. 1/2, examen des malades de la consultation externe. — M. le Dr Jules Voisin, *Maladies nerveuses et mentales*, le jeudi à 10 heures.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Gilles de la Tourette. Policlinique sur les maladies du système nerveux le mercredi à 10 h., laboratoire Axenfeld. — *Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles*: M. le Dr Marcel Lermoyez. Le mardi: conférence de séméiologie et de diagnostic, le samedi: conférence de thérapeutique; le lundi: petites opérations spéciales; le vendredi: opérations sur l'oreille et les sinus de la face (9 h. 1/2).

Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. — *Clinique obstétricale*. M. le Pr P. Budin, mardi et samedi à 9 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôtel-Dieu. — M. J. Lucas-Championnière: leçons de *clinique chirurgicale* le jeudi à 10 heures. Opérations abdominales le mardi. Examen des malades et visite dans les salles le mercredi et le samedi.

Hôpital de la Pitié. — Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux: M. Babinski, samedi, 10 h. 1/4. — *Voies urinaires*. — M. le Dr Picqué, chirurgien de la Pitié: consultation spéciale pour les maladies des voies urinaires, le jeudi à 10 heures.

Hôpital Ricord. — *Cours particulier de Cypridologie* (*Maladies vénériennes*). — M. Queyrat, lundi, à 4 h. 1/2.

Hôpital de la Charité. — *Conférences de radiographie et de radioscopie*. — M. le Dr L.-R. Regnier: conférences de radioscopie et de radiographie le dimanche à 10 h. 1/2 du matin.

Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 27. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 JUILLET 1899.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. le Pr DUPLAY.

Traitement de l'hydarthrose du genou.

Leçon recueillie par M. le Dr CLADO.

Messieurs, vous connaissez tous la grande fréquence de l'hydarthrose du genou que vous aurez souvent l'occasion de rencontrer dans votre pratique et qu'il importe de savoir soigner convenablement. Aussi je me propose de consacrer cette leçon à l'exposé du traitement de cette affection.

J'aurai seulement en vue le traitement de l'hydarthrose simple, idiopathique, caractérisée, comme vous le savez, par un épanchement de liquide séreux dans la cavité synoviale, sans altération profonde de la séreuse articulaire, et je laisserai de côté les cas nombreux où l'épanchement est symptomatique de lésions plus ou moins graves des parties constituantes de l'articulation (synoviale, ligaments, cartilages, extrémités osseuses). Cette distinction entre l'hydarthrose symptomatique et l'hydarthrose idiopathique, mérite d'être conservée au point de vue clinique, quoique en réalité elle n'existe pas au point de vue pathologique, car même dans l'hydarthrose idiopathique, l'épanchement de sérosité dans l'intérieur, de la jointure est toujours la conséquence d'une lésion inflammatoire de la séreuse.

Ceci posé, l'hydarthrose essentielle ou idiopathique peut reconnaître des causes variées, soit qu'elle succède à un traumatisme quelconque, soit qu'elle se développe spontanément, et dans ce cas on doit invoquer le plus ordinairement le rhumatisme, ou même la blennorrhagie; car l'arthrite blennorrhagique se présente parfois sous la forme de l'hydarthrose simple.

Le diagnostic de l'hydarthrose idiopathique est des plus faciles. Le genou est augmenté de volume, sans aucun changement de coloration de la peau et sans aucun empâtement. La région est déformée, le creux et les méplats sont effacés, souvent même remplacés par des saillies, des bosselures, qui répondent à des points déterminés, tels que le cul-de-sac sous-tricipital et les culs-de-sac latéraux situés de chaque côté de la rotule et du tendon rotulien. Assez souvent, il se développe des saillies anormales du côté du creux poplité, le liquide venant distendre les bourses séreuses tendineuses qui existent à ce niveau, et notamment celles du jumeau interne. Lorsque l'épanchement est très abondant, il rend le genou globuleux. La palpation permet de reconnaître, au niveau des bosselures qui répondent a la distension de la synoviale, une rénitence et une fluctuation évidentes. La rotule est soulevée par le liquide et écartée du condyle; si on la déprime brusquement en exerçant avec les doigts une pression sur sa face antérieure, elle vient heurter la poulie fémorale et il en résulte une sensation particulière perçue par la main du chirurgien et connue sous le nom de *choc rotulien*. Mais, lorsque le liquide est peu abondant, il est nécessaire de recourir à une manœuvre particulière pour produire le choc rotulien. Pour cela, une main embrasse l'extrémité inférieure de la cuisse, au-dessus de la rotule, afin de comprimer le cul-de-sac sous-tricipital; l'autre est placée de la même façon au-dessous de la rotule pour empêcher le liquide de fuir à la partie inférieure de l'articulation, le pouce et l'index de chaque main sur le côté correspondant de l'article. Grâce à cette manœuvre, le liquide est refoulé au-dessous de la rotule, et il suffit, pour produire le choc, de presser avec l'index la face antérieure de l'os.

Bien que toutes les parties constituantes de la jointure paraissent saines à l'examen le plus minutieux, cependant dans certains cas la synoviale peut présenter quelques parties épaissies, surtout au niveau des points de réflexion; ces points peuvent même offrir une certaine induration due à l'hyperplasie du tissu sous-synovial.

En général, l'hydarthrose ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel. Parfois, cependant, on note un peu de douleur et de gêne dans les mouvements qui sont limités par l'épanchement; mais le plus souvent, cette gêne n'existe pas et l'on est tout surpris de la conservation parfaite des mouvements malgré la présence d'un épanchement considérable. Dans la grande majorité des cas on n'observe pas de mouvements anormaux, cependant lorsque la maladie est de date très ancienne et a déterminé une sorte de ramollissement, de laxité des ligaments, on peut constater l'existence de mouvements

de latéralité ou bien l'extension peut être portée au delà de sa limite normale; enfin, exceptionnellement, la mobilité anormale est telle qu'on l'a comparée à celle d'une *jambe de polichinelle.*

En présence de ces symptômes, qui caractérisent l'hydarthrose idiopathique, il est toujours facile de la distinguer des hydarthroses symptomatiques dont la symptomatologie s'écarte plus ou moins de la description précédente. Seule, l'arthrite tuberculeuse à son début pourrait parfois donner lieu à quelques hésitations.

On pourrait, en effet, songer à cette dernière affection, lorsqu'on se trouve en présence d'une hydarthrose datant déjà de quelques mois, lorsque la synoviale offre sur certains points ces épaississements que j'ai signalés, lorsque le traitement est resté inefficace, enfin lorsque le sujet est manifestement prédisposé à la tuberculose. Cependant, un examen approfondi permettra presque toujours de reconnaître l'existence de lésions plus profondes de la synoviale, parfois même une altération des extrémités osseuses articulaires, ou plus souvent encore des ligaments ; d'où résulte la possibilité d'imprimer à la jointure des mouvements de latéralité. Enfin en s'en tenant aux symptômes habituels de l'hydarthrose, on constatera certaines particularités qui devront faire plutôt songer à une tuberculose articulaire : c'est ainsi que la fluctuation est moins franche que dans l'hydarthrose idiopathique, le choc rotulien est moins sec, comme amorti par la présence des fongosités ; parfois même, il existe quelques frottements du côté de la rotule dus à l'altération des cartilages. Enfin la douleur se rencontre plus fréquemment que dans l'hydarthrose simple, et elle s'accompagne de contractures musculaires qui tendent à immobiliser l'articulation ou du moins à limiter ses mouvements. Mais, malgré tout, je le répète, dans certains cas, le diagnostic différentiel entre l'hydarthrose simple et la synovite tuberculeuse au début, présente de très sérieuses difficultés.

Le pronostic de l'hydarthrose simple est sans gravité. Quelquefois cependant, il comporte certaines réserves en raison de sa chronicité, de sa résistance au traitement et de la facilité des récidives. J'ajoute que, chez les sujets prédisposés à la tuberculose, l'hydarthrose idiopathique peut créer un appel à la localisation bacillaire et faciliter l'éclosion d'une arthrite tuberculeuse secondaire.

Je tiens encore à attirer tout particulièrement votre attention sur une conséquence assez habituelle de l'hydarthrose chronique qui peut rendre son pronostic plus grave. Je veux parler de l'atrophie des muscles et plus spécialement de l'atrophie du triceps fémoral qui parfois persiste même après la guérison de l'hydarthrose et constitue une maladie pour ainsi dire nouvelle, réclamant un traitement particulier. Cette atrophie, qui peut être assez légère pour n'être appréciable que par la mensuration, atteint quelquefois un tel degré qu'elle devient évidente par la simple comparaison avec le membre sain. Dans ce cas, le muscle est mollasse et aplati. J'ai contribué à démontrer, en collaboration avec Cazin, que toute affection articulaire provoquait, par action réflexe, l'atrophie musculaire. Dans l'espèce, l'atrophie apparaît très rapidement au bout de quelques jours et atteint parfois, comme je l'ai dit, un degré extrême ; c'est alors qu'elle constitue une aggravation sérieuse du pronostic, surtout si elle est méconnue, car elle persiste très longtemps et ne guérit que par un traitement spécial.

Après ces quelques considérations relatives au diagnostic et au pronostic de l'hydarthrose simple, idiopathique, j'arrive au traitement de cette affection qui, comme je vous l'avais annoncé, constitue l'objet principal de cette leçon.

La principale raison qui m'a engagé à choisir ce sujet d'étude, c'est que j'ai maintes fois constaté que le traitement de l'hydarthrose était très mal dirigé, d'où il résulte souvent une prolongation pour ainsi dire indéfinie de la maladie.

Comme dans toutes les affections articulaires, aiguës ou chroniques, l'indication capitale à remplir dans le traitement de l'hydarthrose est l'immobilisation absolue de la jointure. Le repos n'est-il pas, d'ailleurs, une règle générale de thérapeutique applicable à tout organe malade? En ce qui concerne les maladies des articulations cette immobilisation a une importance telle qu'elle suffit, à elle seule, à amener la guérison dans les cas légers. Mais il faut bien s'entendre sur ce que doit être, en ce cas, l'immobilisation : elle doit être absolue, complète, et appliquée de manière à ce que le plus petit mouvement de la jointure soit rendu impossible. Par conséquent, le simple repos au lit, le membre placé dans une gouttière en fil de fer, comme on le prescrit si souvent dans la pratique courante, est absolument insuffisant, et loin d'amener la guérison de l'hydarthrose, cette manière de faire contribue à éterniser la maladie. J'ai vu bien souvent des malades traités de la sorte depuis des semaines et des mois guérir rapidement aussitôt que l'immobilisation rigoureuse était réalisée. Je vous préviens que vous aurez fréquemment à lutter contre certains préjugés, contre certaines craintes relativement à l'ankylose, exprimées par le malade ou son entourage, et, il faut bien le dire aussi, parfois par le médecin, mais vous devrez tenir bon et imposer votre volonté. Comment peut-on réaliser l'immobilisation absolue et complète ? La gouttière en fil de fer pourrait suffire à la rigueur, mais à la condition d'être appliquée avec des soins tout particuliers. Il est infiniment préférable et en même temps plus facile de faire usage de la gouttière plâtrée — comme pour les fractures — qui immobilise à la fois l'articulation tibio-tarsienne et le genou, si on a le soin de prendre le pied et de terminer l'appareil à la partie moyenne de la cuisse. La gouttière plâtrée sera confectionnée de façon à entourer les trois quarts de la circonférence du membre, en laissant la partie antérieure du genou entièrement à découvert. Indépendamment de son efficacité au point de vue de l'immobilisation absolue, la gouttière a l'avantage de pouvoir être appliquée partout. L'immobilisation seule suffit, je le répète, à amener au bout de quelques jours la résorption partielle du liquide, et même la guérison dans les cas récents, tout au moins à début peu éloigné.

En même temps que l'immobilisation, on a l'habitude d'employer des révulsifs, tels que : vésicatoires, badigeonnages iodés, cautérisations ignées, etc. En ce qui me concerne, je reste dans le doute sur l'efficacité de ces moyens. En tous cas, je considère qu'il est inutile d'y recourir dans les hydarthroses légères, et je conseille de réserver la révulsion pour les épanchements très abondants ou déjà anciens.

Un autre moyen de traitement me paraît beaucoup plus efficace, qu'il soit employé seul ou alternativement avec la révulsion ; je veux parler de la compression. Grâce à la gouttière plâtrée, qui laisse à découvert toute la partie antérieure de l'articulation, on peut exercer sur celle-ci une compression énergique et méthodique sans déranger l'appareil, et sans lui faire subir aucune modification. Pour appliquer la compresson, on se servira de carrés d'ouate méthodiquement placés sur la

région antérieure du genou, de manière à presser plus spécialement sur les culs-de-sac synoviaux et sur la rotule, puis on exercera la constriction à l'aide d'une bande de toile ordinaire. Certains chirurgiens, Marc Sée en particulier, préconisent la compression élastique, avec la bande de caoutchouc, mais elle est, en général, mal supportée ; elle peut même devenir dangereuse, par suite de la difficulté de graduer la compression. Avec la bande de toile et la ouate, au contraire, il est facile de resserrer le bandage dès qu'il se relâche ; on peut aisément aussi, à mesure que la résorption du liquide s'effectue, augmenter la compression, en appliquant une nouvelle bande sur la première.

D'ordinaire, par l'emploi seul de ces deux moyens — gouttière et compression — on voit le liquide se résorber rapidement et dans les cas récents, la guérison, en apparence complète, s'obtient dans l'espace de quinze à vingt jours. C'est seulement dans les cas anciens et dans les cas où la résorption du liquide tarde à s'effectuer, qu'il peut devenir nécessaire de pratiquer simultanément la révulsion, soit avec des vésicatoires, soit avec les pointes de feu.

Mais les résorption du liquide une fois obtenue — rapidement ou lentement — vous ne devrez nullement considérer l'hydarthrose comme guérie, car si le malade se remet à se servir de son membre, la récidive ne tarde pas à survenir. Il est donc nécessaire de prolonger plus ou moins longtemps l'immobilisation et la compression, en réduisant, toutefois, cette dernière à peu de chose. On appliquera, à cet effet, un appareil silicaté légèrement ouaté, et l'on permettra au malade de quitter son lit et de se livrer à un exercice modéré, en s'aidant de béquilles ou d'une canne. Si, après un mois de port de cet appareil, on ne constate plus dans le genou aucune trace de liquide, on pourra considérer le malade comme guéri, et il ne reste plus qu'à compléter cette guérison par un traitement complémentaire destiné à rendre au membre son fonctionnement normal. Mais je tiens à vous signaler de suite un phénomène qui survient presque constamment lors des premiers essais de mouvement et de marche sans appareil. On voit, en effet, d'ordinaire une petite quantité de liquide se reproduire, et si l'on n'était prévenu, on pourrait être tenté de croire à une récidive, et de prescrire à nouveau la compression et l'immobilisation. Mais la reproduction d'un petit épanchement liquide dans ces conditions n'a pas d'importance ; il disparaît, en général, peu à peu sans aucun traitement, ou sous l'influence du traitement complémentaire qu'il me reste à vous exposer.

Ce traitement vise principalement la raideur articulaire et l'atrophie musculaire. La raideur articulaire, plus ou moins accusée suivant l'ancienneté de la maladie et la durée de l'immobilisation, ne constitue jamais une complication sérieuse ; elle disparaît facilement et rapidement, grâce à l'absence presque complète de lésions articulaires.

Il n'en est pas de même de l'atrophie musculaire, et plus spécialement de l'atrophie du triceps fémoral sur laquelle j'insiste tout particulièrement à cause de son importance. Bien des malades, guéris d'une hydarthrose, n'en restent pas moins longtemps infirmes, du fait d'une gene persistante, d'une faiblesse inexplicable du membre inférieur, qui les obligent à boiter, les rendent incapables de monter ou de descendre facilement un escalier, etc. Ces troubles fonctionnels sont la conséquence d'une atrophie musculaire persistante, méconnue par les malades et souvent aussi par nombre de médecins.

Contre la raideur articulaire il faut se garder d'entreprendre une cure vigoureuse ; c'est-à-dire les manœuvres violentes du redressement articulaire. D'ordinaire, les simples mouvements imprimés par le malade à son articulation permettent de gagner de jour en jour sur l'étendue de l'excursion articulaire et de rétablir définitivement la mobilité de la jointure. Au besoin, on pourrait ajouter des mouvements provoqués, passifs, exécutés avec douceur et progressivement. Il faut en outre prescrire le massage de l'articulation et des muscles. Enfin, les douches chaudes ou écossaises, les douches sulfureuses compléteront la thérapeutique de la raideur articulaire.

Le traitement qui précède réussit en même temps contre l'atrophie musculaire, mais il faut y joindre l'électricité ; son emploi est ici particulièrement indiqué. Pour les cas moyens, cette thérapeutique est suffisante ; mais pour les cas graves, très anciens, ayant nécessité un traitement de plusieurs mois d'immobilisation, de compression, il sera souvent nécessaire de prescrire au malade une saison à une station thermale, telle que « Bourbonne-les-Bains, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Luchon, Barèges, etc. J'indique comme plus spécialement efficace la cure à Aix, en Savoie.

En résumé, il faut bien vous persuader que si, dans l'hydarthrose récente avec épanchement léger, la guérison peut à la rigueur être obtenue par le repos relatif, un bandage compressif et un peu de révulsion, vous risquerez bien souvent, par ce traitement *médical*, de laisser la maladie se prolonger outre mesure, et finalement d'aboutir à un échec.

Quant aux cas d'hydarthrose ancienne ou avec épanchement abondant, la nécessité absolue de recourir au traitement que je viens de vous indiquer s'impose, à mon avis. Il faudra donc immobiliser le membre dans la gouttière plâtrée, appliquer des révulsifs si on le juge nécessaire, mais surtout exercer une compression énergique sur le genou malade. Après la résorption du liquide, on appliquera, pendant environ un mois, l'appareil silicaté qui, tout en immobilisant l'article, permettra au malade un exercice modéré de marche. Enfin, on prescrira le traitement complémentaire : massages, douches, électrisation de tous les muscles et surtout du triceps, exercice modéré de la jointure, saisons hydrominérales. Il sera bon de conseiller en outre — comme moyen préventif — le port d'une genouillère élastique, ou l'application d'une bande de flanelle autour du genou.

En ce qui concerne la médication interne, son efficacité me parait plus que douteuse, sauf toutefois pour certains états diathésiques nettement caractérisés, tels que le rhumatisme, la blennorrhagie ou la syphilis.

Cette thérapeutique de l'hydarthrose idiopathique réussit dans la grande majorité des cas. Vous rencontrerez néanmoins des hydarthroses qui résistent au traitement le mieux appliqué ; et en particulier, celles qui ont été suivies de récidives fréquentes sont les plus rebelles. Dans ces cas, la guérison ne peut être obtenue que par une intervention chirurgicale.

Le traitement opératoire comprend : 1° la ponction simple ; 2° la ponction suivie d'injections modificatrices ; 3° l'arthrotomie.

1° *Ponction simple.* — Il y a une vingtaine d'années l'invention des appareils aspirateurs provoqua un engouement excessif en faveur de la ponction. A cette époque l'asepsie était inconnue ; aussi la ponction d'une articulation, même avec les appareils aspirateurs, pouvait

devenir une opération dangereuse. Elle a déterminé, en effet, des arthrites purulentes, ayant parfois conduit à l'amputation du membre, et même déterminé la mort. Si, grâce à la méthode antiseptique, la ponction est actuellement inoffensive, les résultats qu'elle fournit ne sont pas toujours satisfaisants, car la reproduction du liquide est très fréquente, presque de règle, et il devient nécessaire de soumettre le malade au traitement ordinaire pendant le temps nécessaire pour que la synoviale cesse de secréter. Il n'y a donc, en réalité, aucun avantage sérieux à employer cette ponction simple, dans un but curatif.

2° *Ponction suivie d'injections modificatrices.* — On a employé une foule de liquides tels que : la teinture d'iode, l'acide phénique, le sublimé, etc. Cette méthode a fourni, entre les mains de quelques chirurgiens, d'assez bons résultats, mais, à mon avis, elle est inférieure à l'arthrotomie. Le principal reproche que je lui adresse est d'être incapable d'évacuer complètement le contenu de l'articulation lorsque celle-ci renferme au milieu de l'épanchement, ou bien adhérents au niveau des culs-de-sac, des parties grumeleuses, des caillots fibrineux, bref des corps solides qui ne peuvent traverser la canule du trocart.

3° *Arthrotomie.* — L'arthrotomie serait donc, à mon avis, la méthode de choix. En effet, elle permet d'abord l'évacuation complète du liquide, quelle que soit sa composition, ainsi que des parties grumeleuses qui peuvent se trouver dans l'article ; de plus, dans les cas où le diagnostic reste douteux, comme ceux dont j'ai parlé plus haut, on peut inspecter l'articulation et se rendre compte de l'existence de lésions tuberculeuses commençantes. Grâce à cette facilité offerte par l'arthrotomie, on peut, séance tenante, modifier le plan opératoire et pratiquer, s'il y a lieu, une synovectomie ou même une résection.

Le manuel opératoire de l'arthrotomie est fort simple : l'incision doit être pratiquée sur le bord externe de la rotule, en regard du cul-de-sac latéral de l'articulation. Après hémostase soignée, on ouvre la synoviale, puis le liquide ayant été évacué complètement, on pratique des lavages de la jointure avec une solution de sublimé ou d'acide phénique forte. Parfois même, on peut être amené à faire le grattage de certaines parties de la synoviale indurées ou végétantes, principalement au niveau des culs-de-sac. La plaie est ensuite suturée entièrement, sauf en un point où l'on introduit un drain qui pénètre dans le cul-de-sac sous-tricipital, à deux ou trois centimètres de profondeur. Ce drain doit être retiré de bonne heure, dès le deuxième ou le troisième jour.

Plus que partout ailleurs, une propreté rigoureuse doit être observée dans l'opération de l'arthrotomie. Le moindre manquement aux règles de l'asepsie exposerait à l'arthrite purulente, avec toutes ses graves conséquences.

Après l'opération, le genou sera enveloppé d'un large pansement antiseptique, et le membre rigoureusement immobilisé dans une gouttière plâtrée. Le pansement sera levé vers le deuxième ou troisième jour pour le retrait du drain, puis remis et laissé en place jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie opératoire.

Après l'intervention opératoire, le traitement complémentaire a une importance encore plus grande que dans les cas traités par les moyens ordinaires. Il ne faut laisser la liberté à la jointure qu'après un bon mois d'immobilisation ; et, ce temps écoulé, on prescrira le traitement complémentaire tel que je l'ai formulé précédemment ; mais comme la raideur articulaire est toujours beaucoup plus accusée après l'arthrotomie qu'après tout autre mode de traitement, il sera presque toujours nécessaire d'imprimer à la jointure des mouvements passifs et d'instituer une gymnastique graduée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Service médico-chirurgical des hôpitaux de Paris.

Le service médico-chirurgical des hôpitaux avait laissé quelque peu à désirer dans ces dernières années. Des plaintes nombreuses étaient adressées à l'Administration et au Conseil municipal. A la suite de circulaires adressées par l'Administration au personnel médico-chirurgical, appuyées sur les remontrances du Conseil de Surveillance, le nombre des absences est allé en diminuant, les irrégularités sérieuses ont à peu près complètement disparu. Le Conseil et l'Administration, et c'est leur devoir, désirent que le service médical de nos hôpitaux ne prête pas à la critique de qui que ce soit et que la presse, à l'affût de tout, n'ait aucune prise sur ce service. De là la *Nouvelle circulaire au sujet des visites médicales des dimanches et jours de fête.*

Paris, le 23 janvier 1899.

Monsieur le Directeur,

En examinant les comptes rendus que l'Administration lui soumet mensuellement sur l'exécution du service médical dans les hôpitaux et hospices, le Conseil de Surveillance a été amené à constater qu'un certain nombre de Messieurs les chefs de service s'abstiennent de se rendre le dimanche à l'hôpital.

Le Conseil de Surveillance se fait un devoir de reconnaître le dévouement que le corps médical n'hésite pas à prêter en toutes circonstances à l'Administration hospitalière, et il sait que, peut-être plus que tous les autres, Messieurs les chefs de service peuvent avoir besoin de se reposer.

Le règlement sur le service de santé a, du reste, cherché à concilier ce besoin très légitime avec les exigences et les nécessités hospitalières, en spécifiant, ainsi qu'il est rappelé dans l'arrêté du 23 mars-13 avril 1895, relatif aux réformes hospitalières, à la suite de l'article 39, que : « Le service des visites du dimanche et des jours fériés sera assuré dans chaque hôpital par la moitié au moins des chefs de service de médecine et de chirurgie » et que : « Dans les établissements ne comptant qu'un seul chef de service de médecine ou de chirurgie, la visite pourra être faite un dimanche sur deux, par l'un des internes du service, sauf recours au chef de service en cas d'urgence. »

Le Conseil de Surveillance m'a invité, en conséquence, à rappeler cet article du règlement à Messieurs les chefs de service.

L'application des dispositions dont il s'agit, entraînant dans chaque établissement une entente entre Messieurs les chefs de service, je vous charge, Monsieur le Directeur, de réunir dans votre cabinet Messieurs les chefs de service attachés à votre établissement, pour leur donner communication de la présente circulaire.

A cette occasion, je crois devoir recommander à nouveau à Messieurs les directeurs des hôpitaux et hospices de faire apporter le plus grand soin et la plus scrupuleuse attention dans la confection des tableaux (B'-30) de relevés des heures des visites de Messieurs les chefs de service, qui sont transmis à la fin de chaque mois à l'Administration, d'après lesquels sont établis les comptes rendus présentés au Conseil de Surveillance. Par leur destination, ces relevés revêtent la plus grande importance et je vous prie de ne les signer et de ne me les transmettre qu'après les avoir attentivement examinés.

Il importe qu'il soit bien indiqué, dans le cas d'absence du chef, par qui et de quelle façon le service a été assuré, et, toutes les fois qu'il sera possible, les motifs de cette absence.

A cet effet, je vous rappelle les termes de la circulaire du 30 juin 1896, vous prescrivant de communiquer, à la fin de chaque mois, à chacun de Messieurs les chefs de service, le relevé de leurs présences et de leurs absences pendant ce mois.

Vous devez veiller à ce que ces communications soient régulièrement faites, afin que les intéressés puissent être à même de fournir leurs observations s'il y a lieu, et que ces observations puissent être jointes par l'Administration, aux dossiers soumis au Conseil de Surveillance.

Le Directeur, Dr Henri Napias.

Cette circulaire a un but des plus louables. Il est certain que pour assurer les soins à donner aux malades dans les cas graves, il est bon qu'un ou deux des chefs de service viennent le dimanche afin de couvrir la responsabilité des internes... et de l'Administration; d'intervenir, s'il y a lieu, pour parer à des accidents. C'est d'ailleurs ce que font et qu'ont toujours fait quelques chefs de service. Autrefois, dans tous les hôpitaux et hospices, il y avait un médecin et un chirurgien résidents. Ils ont disparu. Il n'y a plus que Bicêtre et la Salpêtrière qui possèdent un médecin résident. Dans ces établissements, la visite dominicale pourrait être faite par ces médecins, qui, en outre, sont chargés de donner des soins à leur nombreux personnel. Nul doute que l'Administration n'ait satisfaction : les malades avant tout. Bourneville.

Les consultations des dispensaires.

Dans un récent bulletin du *Progrès médical* (1) nous insistions sur l'impossibilité où se trouvait le médecin chargé des consultations des dispensaires des Bureaux de bienfaisance de faire consciencieusement son devoir. Quels que soient son activité et son zèle, affirmons-nous, il ne peut guère jouer que le rôle de copiste d'ordonnances, car il est matériellement impossible à un médecin d'examiner, même superficiellement, les quarante, soixante et même quatre-vingts malades ou prétendus tels, qui viennent à une de ces consultations. Notre article nous a valu quelques lettres de médecins des dispensaires, confirmant ce que nous avions dit, affirmant même que nous étions encore bien audessous de la réalité et appelant notre attention sur de nouvelles charges que nous allons brièvement énumérer. La tendance actuelle est de développer les dispensaires, d'en faire des sortes de petits hôpitaux externes, des policliniques hospitalières où se pratiqueraient les petites opérations chirurgicales, où même les malades pourraient bénéficier de certaines consultations spéciales. Dans ce but, les dispensaires ont été munis d'un arsenal chirurgical suffisant, eux qui naguère étaient dépourvus des instruments les plus indispensables (abaisse-langue, bistouri, tubes à essai, etc.). En outre, les femmes enceintes dont les couches doivent s'effectuer sous la surveillance des médecins de l'Assistance, doivent désormais être examinées en temps utile à la consultation, pour permettre une intervention dystocique, ou imposer des précautions salutaires, en cas d'albuminurie, par exemple.

(1) *Progrès médical* du 24 juin 1899, page 399.

Loin de nous l'idée de critiquer ces sages mesures que nous avons nous-même approuvées et défendues à la Société médicale des Bureaux de bienfaisance, mais pour qu'elles soient efficaces, il faut augmenter le personnel médical dont le nombre est absolument insuffisant, et lui donner des indemnités honorables proportionnées aux exigences qui lui sont imposées.

Le médecin des Bureaux de bienfaisance ne trouve dans son service, ni un champ d'études lui permettant de poursuivre des recherches scientifiques, ni un titre en imposant à la clientèle riche comme le médecin des hôpitaux. Il ne retire de ses efforts que la satisfaction du bien qu'il a tenté de faire, malgré les entraves des règlements administratifs. On ne peut exiger du corps médical des Bureaux de bienfaisance de n'être composé que de saints, et sa situation, si on ne l'améliore, ne pourra amener que dégoût et défaillances. Nous espérons que ces améliorations s'effectueront, car nous ne voulons pas admettre qu'une grande ville comme Paris, pour donner une assistance médicale illusoire à ses indigents, consente à compter seulement sur les seuls sentiments philanthropiques des médecins ou, ce qui serait honteux, sur les difficultés de la vie qui obligent la plupart d'entre eux à se disputer la plus maigre indemnité. Ce n'est pas à l'Assistance à spéculer sur la misère, fût-elle en chapeau de soie et en habit noir. J. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 juin 1899.

Toxicité urinaire chez les enfants et dans l'appendicite en particulier.

MM. Lannelongue et Gaillard ont constaté, au cours de leurs recherches, que chez l'enfant bien portant, la toxicité urinaire est inférieure à celle de l'adulte. L'urotoxie, qui chez ce dernier varie entre 40 et 80 c. c., est chez l'enfant en moyenne de 102 c. c. Quant au coefficient urotoxique, ou nombre d'urotoxies fabriquées par l'unité de poids, il est en moyenne de 0,533. Les urines de l'enfant atteint d'appendicite aiguë sont beaucoup plus toxiques. La valeur de l'urotoxie, comprise entre 19 et 50 c. c., est en moyenne de 32 c. c., ce qui représente une toxicité trois fois environ plus forte que chez un sujet bien portant de même âge. D'une façon générale, la toxicité semble résulter de l'association de divers éléments anormaux ou normaux qui, excrétés en plus grande quantité, donnent à l'urine une densité plus élevée, une coloration plus foncée, un poids de matières extractives supérieur à la normale. En ce qui concerne la couleur, son intensité varie, chez les enfants tout au moins, en raison directe de la toxicité. On peut, à cet égard, ranger les différentes colorations des urines des sujets atteints d'appendicite aiguë, en jaune doré, jaune ambré et ambré, la couleur normale, chez l'enfant bien portant, étant le jaune pâle, la toxicité croissant à mesure que la coloration devient plus foncée.

Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets thérapeutiques du sérum antidiphtérique.

M. Arloing a montré précédemment que, après introduction simultanée de la toxine diphtérique et du sérum antidiphtérique dans l'organisme, l'action neutralisante de ce sérum est plus ou moins complète suivant la voie choi-

sie pour l'introduire. Depuis il a institué des expériences sur des chiens et sur des cobayes pour étudier les mêmes phénomènes, en introduisant le sérum quelque temps après l'injection de la toxine, de façon à simuler plus exactement un traitement curatif. En ce qui concerne les chiens, lorsque le sérum est injecté douze heures après la toxine, tous les animaux meurent, quelle que soit la voie adoptée pour cette injection. Toutefois, la tendance à la neutralisation des symptômes morbides est plus marquée chez les chiens qui reçoivent le sérum dans le sang que chez ceux qui le reçoivent dans le tissu conjonctif; les premiers survivent, d'ailleurs, de deux à quatre jours aux seconds. Si le sérum est injecté de quatre à six heures après la toxine, tous les chiens guérissent, mais là encore la voie sanguine semble favoriser d'une façon manifeste l'action antitoxique et antinécrosante du sérum. Quant aux cobayes, le sérum antidiphtérique introduit sous la peau, se montre chez eux plus efficace que dans le cas où l'on adopte pour l'injection la voie péritonéale.

Séance du 26 juin 1899.

Sur la formation de la perle fine chez la Meleagrina Margaritifera.

M. Léon Diguet a pu suivre d'une manière complète l'évolution de la perle fine et il arrive à cette conclusion qui n'est pas sans intérêt au point de vue de la pathologie générale, que la perle est le résultat d'une opération physiologique ayant pour but d'éliminer de l'organisme un parasite ou une cause d'irritation. Le corps étranger est d'abord enfermé dans une sorte d'ampoule ou de phlyctène formée par une humeur gélatineuse qui se condense progressivement et subit une série de modifications dont le dernier terme est le dépôt de calcaire cristallisé en couches concentriques. C'est une véritable calcification pathologique dont le processus est analogue à celui que l'on observe chez les animaux supérieurs et qui a pour résultat d'isoler de l'organisme par un véritable murage, certains microbes ou certains corps étrangers.

Signification physiologique de l'alcool dans le règne végétal.

M. Mazé a recherché les modifications qui se produisent dans les graines immergées. Ces graines, comme l'a montré M. Dehérain, ne germent pas à cause de la pénurie d'oxygène, mais elles perdent environ le 1/3 de leur poids. Cela est dû à ce que les réserves sont solubilisées et en partie transformées en alcool. Il se forme aussi de l'alcool dans les plantules qui évoluent. L'alcool apparaît donc comme un produit normal et nécessaire de la digestion des matières hydrocarbonées dans les graines en voie de développement. Il se forme dans les cellules vivantes aux dépens des glucoses, en vertu d'un processus diastasique normal qui les rapproche bien plus des cellules de levure qu'aucune des expériences connues jusqu'ici. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er juillet 1899. — Présidence de M. le M. Mégnin.

MM. Gilbert et Castaigne exposent leurs recherches sur la *tension artérielle chez les pneumoniques.* Pendant un ou deux jours, au début, il y a hypertension artérielle, qui n'ayant pas été retrouvée dans les cas expérimentaux, serait particulière à la pneumonie humaine. Dès l'apparition du souffle tubaire (troisième ou quatrième jour) apparaît l'hypotension manifeste et un pouls instable. Cette hypotension n'est jamais descendue au-dessous de 10 dans les cas qui ont guéri; dans les autres. elle s'est abaissée à huit et au-dessous. Pendant la convalescence la tension remonte beaucoup plus lentement que le pouls, qui reste longtemps instable. La crise urinaire apparaît bien avant le relèvement de la tension et ne peut en conséquence lui être attribuée. Il y a à ces recherches un intérêt pronostique notable.

M. Hallion dans l'œdème pulmonaire expérimental a obtenu des chutes de pression artérielle, attribuées par lui et M. Carrion à la gêne de la circulation pulmonaire qui en engorgeant le cœur droit diminuait le débit aortiquo.

M. P. Marie montre des pièces établissant la *compression du cervelet par des hémorragies cérébrales.* L'injection de formol dans le liquide céphalo-rachidien, quelques heures avant la mort, a permis de fixer les organes dans leur position première et de vérifier le fait dans deux cas. Cependant cette compression est inconstante; il faut faire intervenir la quantité de l'épanchement et son siège.

MM. Charrin et Levaditi ont étudié le rôle au titre *isotonique ou anisotonique des solutions minérales sur l'activité des toxines dissoutes dans ces solutions.* Les solutions anisotoniques détruisent les toxines à doses beaucoup moins élevées que les autres.

M. Sicard étudie les caractères du *sérum sanguin dans certaines variétés de purpura hemorrhagica.* Outre l'absence de caillot, signalée par M. Hayem, il faut noter la non activité du pouvoir coagulant vis-à-vis d'humeurs non spontanément coagulables comme le liquide d'hydrocèle.

M. Frouin a trouvé de l'*acide sulfocyanique dans le suc gastrique* de chien réputé pur; dans l'estomac séquestré ce produit ne fut pas retrouvé, il ne semble donc pas faire partie intégrante du suc gastrique normal.

M. Achalme pour compléter ses expériences de 1891, a recherché la présence des diastases dans un certain nombre de pus. Il a retrouvé les diastases suivantes : lipases, amylases, trypsine, caséase (diastase liquéfiant la gélatine), oxydase (diastase décomposant l'eau oxygénée). Il n'y a aucun rapport entre la variété de la diastase et le microbe pathogène du pus. Il est aussi difficile d'affirmer le rôle des leucocytes, s'ils sont producteurs ou simplement vecteurs des diastases, mais il penche plutôt pour la dernière hypothèse

MM. Lépine et Lyonnet étudient la *broncho-pneumonie typhique produite expérimentalement chez les chiens* par injections intra-trachéales de bacilles d'Eberth.

MM. Auscher et Chavannaz ont expérimenté sur le lapin et obtenu, par des injections intra-péritonéales du contenu de kystes de l'ovaire, des lésions hépatiques.

MM. Braquehaye et Remlinger ont observé *une mamelle surnuméraire située au-dessous de l'ombilic chez l'homme*, chez un charpentier de 50 ans. Entre l'ombilic et la racine de la verge, un peu à gauche, un petit mamelon de la grosseur d'un pois avec aréole de couleur rouge. On y passait difficilement un petit stylet et par pression une goutte de liquide sortait. Cette tuméfaction s'étant enflammée, fut enlevée et histologiquement était bien une mamelle, en pleine activité sécrétoire.

Mlle Pompilian continue ses recherches d'histoire naturelle par une étude sur l'automatisme des centres nerveux de la sangsue et du triton.

M. Féré a observé sur lui-même une piqûre de moustique donnant une tuméfaction rouge très cuisante de trois mois de durée; de plus, ayant été piqué de nouveau l'année suivante en un autre point, la première cicatrice reparut avec la même intensité et les mêmes douleurs.

M. Laveran dit que ces faits sont très connus en Algérie et que les moustiques y peuvent aussi transmettre la malaria.

M. Giard présente des feuilles de platane du Luxembourg atteints d'une maladie parasitaire déterminée par le champignon *schyzomycète*, qui détermine la chute prématurée de la feuille.

M. Noica, dans des cavernes tuberculeuses chez des malades à bronchite fétide, a trouvé le coli-bacille. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 juillet 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Le Congrès de Berlin.

M. Landouzy rend compte du récent Congrès de Berlin. Ce Congrès marquera une date dans l'histoire de la lutte contre la tuberculose. M. Landouzy résume en quelques mots les travaux des cinq grandes sections : 1° modes de propagation ; 2° étiologie ; 3° prophylaxie ; 4° traitement ; 5° sanatoria. La question des sanatoria populaires plus spécialement à l'ordre du jour a fait un très grand pas par les discussions du Congrès. Quant à l'accueil fait à la délégation de l'Académie, il a été remarquablement chaleureux.

L'aortite palustre.

M. Lancereaux revient sur le rôle de l'impaludisme dans l'aortite chronique. Il insiste sur la gravité de cette affection. Sa durée est longue mais elle se termine souvent par anévrisme de l'aorte ou mort subite. Le traitement sera tout d'abord préventif; les toniques et surtout l'hydrothérapie froide seront longtemps et méthodiquement employés chez les sujets revenant des foyers paludéens. Plus tard le régime lacté et l'iodure de potassium sont les seuls traitements. Les injections de sérum gélatiné conviennent en cas d'anévrismes.

MM. Colin et Laveran, qui ont vu de nombreux paludéens, objectent qu'ils n'ont jamais rencontré cette variété d'aortite.

M. Lancereaux répond que l'aortite palustre n'appartient pas à la période aiguë du paludisme. C'est un accident tardif et éloigné. MM. Colin et Laveran, voyant surtout des malades au début, n'ont pu l'observer.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 juin 1899. — Présidence de M. le Pr Raymond.

Un cas de spondylose.

M. Méry présente un malade atteint de spondylose. Ce malade était sujet à des douleurs rhumatismales. A la suite de ces douleurs, il fut atteint d'ankylose des articulations des vertèbres cervicales. Au bout de quelque temps survinrent de nouvelles douleurs rhumatoïdes et l'articulation coxo-fémorale gauche fut aussi ankylosée. Le salicylate, le salophène, ne donnèrent aucun résultat. La taille du malade diminua et le malade présenta une légère cyphose et l'aspect tout particulier décrit par M. Marie. Ce malade fut fort amélioré au moyen d'une gymnastique méthodique opérée au moyen d'appareils spéciaux. Les mouvements de la colonne vertébrale, ceux de la hanche, se sont rétablis en grande partie. Ce malade, comme tous ceux atteints de spondylose, offre une immobilité remarquable des côtes et la respiration est purement diaphragmatique.

Mélanodermie arsenicale.

MM. Lereboullet et Enriquez présentent un malade qui, soumis pour un eczéma, durant longtemps, à un traitement arsenical (XVI gouttes de liqueur de Fowler par jour, durant dix-huit mois), fut atteint d'une pigmentation intense qui fut prise pour de la pigmentation addissonienne. Ce malade néanmoins, bien qu'ayant maigri, n'offrait pas la dépression des malades addissoniens. Cette pigmentation est toute particulière, la peau offre un aspect moucheté causé par des taches peu volumineuses, couleur café, presque cohérentes sur un fond moins coloré. Cette pigmentation d'origine arsenicale est le seul trouble qu'ait déterminé l'arsenic. Ce cas est absolument analogue à une observation publiée par M. Mathieu. La médication arsenicale fut cessée et depuis trois semaines la mélanodermie s'est atténuée sur les avant-bras.

M. Mathieu fait remarquer chez ce malade des élevures blanchâtres sur la peau. Le malade qu'il avait lui-même observé avait des accidents de névrite.

M. Chauffard appelle l'attention sur le teint très brun du malade et depuis longtemps on a remarqué l'intolérance des gens très bruns pour l'arsenic.

La tuberculose et l'alcoolisme.

M. Barbier a remarqué que sur les tuberculeux observés à Bichat les deux tiers environ viennent de province et ont été atteints durant les cinq ou six premières années de leur séjour à Paris; de plus, beaucoup de ces tuberculeux sont alcooliques.

M. Jacquet insiste sur l'influence de l'alcoolisme sur la tuberculose; il fait judicieusement remarquer qu'au Congrès de Berlin l'on n'a pas donné à l'alcoolisme sa place dans la pathogénie de la tuberculose. On promet beaucoup pour traiter la tuberculose, on songe à créer des sanatoriums, c'est parfait, mais on ne songe absolument pas à limiter les causes de la tuberculose.

Tératologie dans une famille issue d'un alcoolique.

M. Barbier a observé une famille dans laquelle quatre enfants présentaient des monstruosités. Ces enfants avaient été conçus pendant l'ivresse du père. M. Barbier rappelle à ce sujet les expériences de M. Féré sur l'action tératogène de l'alcool.

La fièvre typhoïde à Paris.

M. Thoinot rappelle la fréquence de la fièvre typhoïde à Paris lorsque la ville était alimentée d'eau de rivière et d'eau de puits. Les travaux de Belgrand amenèrent à Paris de l'eau de source en abondance, mais jusqu'en 1893 on eut une distribution mixte d'eau de source et de rivière. La fièvre typhoïde endémique devint beaucoup plus rare et les épidémies survenaient toutes les fois que la sécheresse ou un accident nécessitait la distribution plus abondante d'eau de Seine. Depuis 1893, la distribution des eaux de l'Avre devait faire disparaître la fièvre typhoïde avec l'absence des eaux de Seine. Il n'en fut rien, la fièvre typhoïde existe tout comme auparavant, il est probable que de l'eau de rivière est encore distribuée dans certains quartiers et dans certains cas. D'autre part, les eaux de source sont parfois polluées. Les eaux de sources peuvent être altérées, surtout celles captées dans la vallée de la Vanne. La Dhuis donne de bonnes eaux, mais dans les réservoirs de Ménilmontant il y a fréquemment des mélanges avec de l'eau de Marne dite filtrée (?). Les eaux de l'Avre proviennent souvent de sources qui ne sont que l'émergence de canaux souterrains ; ces canaux proviennent de fissures ou de gouffres où disparaissent les ruisseaux de la région et que l'on appelle dans le pays des bétoirs. La communication des ruisseaux qui s'engouffrent et des sources captées pour Paris est absolument démontrée par des colorations à la florescéine. Les infiltrations, dans un sol trop perméable, permettent l'entraînement de bactéries pathogènes dans les eaux qui ne sont plus potables, surtout quand des pluies abondantes entraînent des souillures dans les eaux de l'Avre consommées à Paris. M. Thoinot démontre qu'en 1894 la Vanne fut cause d'une épidémie typhoïdique, ce qui fut démontré par l'épidémie de la ville de Sens, alimentée comme Paris d'eau de Vanne. En 1897, l'eau de l'Avre put être seule incriminée dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 juin 1899. — Présidence de M. Pozzi.

Traitement des hémorroïdes.

M. Potherat s'est toujours bien trouvé de l'emploi de l'ignipuncture et de la volatilisation. L'opération de Witehead exige des conditions d'assistance et de milieu particulières ; aussi doit-elle être réservée à certains cas particuliers. M. Potherat a le plus souvent recours à un procédé très simple : le paquet hémorroïdaire est transpercé par le milieu avec une aiguille de Reverdin, qui ramène une anse double de soie, qui sert à faire la ligature. Après avoir bien serré le fil, on excise aux ciseaux la masse hémorroïdaire.

M. Poirier a vu survenir à la suite de la résection d'un bourrelet hémorroïdaire, un rétrécissement très serré de l'anus,

pouvant à peine admettre une plume d'oie. Il serait utile de ménager des points cutanéo-muqueux pour éviter la production de ce rétrécissement.

M. RECLUS n'observe jamais de rétrécissements, bien qu'il ne prenne pas soin de conserver des points cutanéo-muqueux.

M. TUFFIER est d'avis que les rétrécissements sont la conséquence de l'infection. Ou le malade suppure on il ne suppure pas; s'il y a réunion par première intention de la peau et de la muqueuse, il n'y aura pas de rétrécissement.

M. POIRIER considère le dilemme de M. Tuffier comme trop absolu. Il est souvent impossible, malgré tous les soins d'antisepsie, d'obtenir des réunions par première intention; aussi M. Poirier conservera-t-il des points eutanéo-muqueux.

M. PICQUÉ a toujours obtenu des réunions par première intention, mais les résultats, pour être parfaits, exigent des soins post-opératoires minutieux.

M. TILLAUX croit que la principale cause des rétrécissements est l'ablation d'une partie de la peau du pourtour de l'anus.

M. TUFFIER pense que le meilleur moyen d'éviter les rétrécissements, c'est de recourir à une asepsie aussi parfaite que possible.

M. POZZI croit que l'ignipuncture est le procédé de choix, parce qu'on évite ainsi la production d'une plaie circulaire, cause ordinaire des rétrécissements.

M. MONOD est d'avis que les moyens les plus simples sont les meilleurs. L'opération de Witehead lui paraît être un moyen d'exception.

Traitement de l'hématocèle rétro-utérine.

M. REYNIER vient d'observer deux cas, où l'ouverture d'une hématocèle, une fois par le vagin, et une autre fois par la fosse iliaque, a été suivie d'hémorragie très grave. Il n'a pu sauver ses malades qu'en pratiquant immédiatement la laparotomie. Ces cas ne sont pas exceptionnels. Aussi M. Tuffier est-il loin de regarder l'incision vaginale comme une opération aussi bénigne qu'on le dit et persiste-t-il à considérer la laparotomie franche comme le seul mode de traitement rationnel de l'hématocèle rétro-utérine. P. RELLAY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 28 juin. — PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

De la prophylaxie dans les wagons de chemin de fer.

M. VALLIN passe en revue les différentes raisons présentées par les Compagnies de chemins de fer contre les *wagons d'isolement*, et lit les conclusions qu'il a formulées sur la prophylaxie dans les wagons : défense de cracher, installations de crachoirs, nettoyage au linge humide des wagons, imperméabilisation des planchers des wagons, création de wagons d'isolement, etc. Ces différentes conclusions sont adoptées par la Société.

Le surpeuplement des habitations à Paris en 1896.

M. BERTILLON. — Il y a à Paris 693.000 logements qui n'ont pas de water-closets, sur 900.000 logements qu'il y a à Paris. Il y a à Paris 294.000 ménages composés d'une personne, — en général on peut dire que les pièces sont en nombre correspondant au nombre des habitants des ménages. En moyenne il y a une personne par pièce. Il y a sur 1.000 habitants, 78 qui ont deux pièces au plus par personne, 266 qui ont une pièce seulement par personne, 149 qui n'ont pas une demi-pièce. Dans les villes étrangères le surpeuplement des habitations est beaucoup plus considérable. 80.000 ménages sont trop à l'étroit aujourd'hui. Dans le huitième arrondissement, sur 1.000 habitants 174 ont plus de deux pièces par habitant. On peut dire que plus une famille est nombreuse, plus elle est mal logée.

M. VALLIN se demande si l'encombrement peut se mesurer par le nombre de pièces, et s'il ne vaudrait pas mieux le mesurer par le cubage. MARTHA.

REVUE de LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE et RHINOLOGIE

Rédacteur spécial : Dr BARATOUX.

I. — De la voix chuchotée; par P. OLIVIER. — (Paris, 1899, *(Revue int. de Rhin.)*

I. Dans les conditions ordinaires, le larynx prend toujours part au chuchotement. Les vibrations de cet organe, pendant le chuchotement fort, sont toujours nettement indiquées par la méthode graphique; ces vibrations ont été constatées chez une malade ayant un polype laryngien. Dans la voix chuchotée, la glotte est toujours rétrécie, représentant une image distincte de celle qu'elle montre pendant la voix parlée ordinaire. Il ne semble pas y avoir une position de glotte caractéristique du chuchotement.

II. — Die Einwirkung der otitis media der Säuglinge; par A. HARTMANN. — (Wiesbaden, Bergmann, 1898.)

II. — Se basant sur de nombreuses autopsies d'enfants mort-nés, chez lesquels on pouvait constater la présence de différents microbes pathogènes dans l'oreille moyenne et la trompe d'Eustache, le Dr Hartmann suppose que le processus inflammatoire peut remonter à la vie intra-utérine de l'enfant. Le tableau de la maladie diffère très peu de celui des adultes, toutefois chez les enfants, les symptômes rappellent la méningite.

Dans un autre travail l'auteur essaie de démontrer que l'otite moyenne, chez les enfants, est due surtout à des troubles de nutrition. Il a pris le poids et la température de ses malades et a vu que chez les otitiques, il survenait de la diarrhée avec diminution du poids.

Il paraît évident que chez l'enfant l'otite moyenne est liée à des troubles de la nutrition consistant en altération de la digestion et abaissement du poids. La digestion reprend son état normal après la paracentèse du tympan qui évacue le pus; aussitôt le poids augmente.

III. — Etude expérimentale sur les fonctions du labyrinthe et sur les suppléances entre le labyrinthe, le cervelet et l'écorce cérébrale; par A. THOMAS. — (Paris, 1899, *Revue int. de Rhin.*)

III. Dans cette étude l'auteur étudie les suppléances dont sont capables vis-à-vis les uns des autres, le labyrinthe, le cervelet et le cerveau. Chez quelques chiens, la section de la racine du nerf labyrinthique a été combinée avec des destructions partielles ou totales du cervelet et du cerveau. En résumé on peut conclure, dit l'auteur, que chez le chien, le labyrinthe, le cervelet et le cerveau participent à des degrés divers au maintien de l'équilibre et qu'ils se suppléent aussi l'un l'autre non seulement pour la conservation de l'équilibre, mais d'une façon plus générale pour la régularité et l'harmonie des mouvements.

IV. — Le bain nasal; par J. DEPIERRIS. — (Paris, 1899.)

IV.— L'auteur recommande le bain nasal au moyen d'un appareil qui n'est qu'une modification très légère de l'appareil de Frænkel.

V. — Rhinologie, Laryngologie und Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin; par E.-P. FRIEDRICH. — (Leipzig, F. Vogel, 1899.)

V. — Etude intéressante où sont passées successivement en revue les maladies de l'organe de la respiration, de la circulation, de l'appareil digestif, du sang, les affections constitutionnelles, les maladies infectieuses aiguës et chroniques, les maladies des reins, celles de la peau, de la syphilis, des yeux, des nerfs et les intoxications. L'auteur considère d'abord les rapports entre le nez, le pharynx, le larynx et les poumons fait l'étude physiologique de la respiration, puis celle de la physiologie pathologique des organes respiratoires. Il entreprend ensuite l'étude du fonctionnement normal de la trompe d'Eustache, puis ses troubles en rapport avec les affections des voies aériennes supérieures et les maladies de l'oreille moyenne, dues à l'infection du pharynx nasal; ensuite les

maladies du cœur en rapport avec le nez, le pharynx et le larynx d'une part et les oreilles d'autre part.

Il s'occupe ensuite de l'anémie, de la leucémie, de la diathèse hémorragique, du rachitisme, de l'acromégalie, du diabète, de la goutte, des fièvres éruptives, de l'influenza, de la putridité, de la polyarthrite rhumatismale aiguë, de la dyphtérie, de l'érysipèle et de la malaria; de la tuberculose, du lupus, de la lèpre, de la morve, de la maladie aphteuse, de la pustule maligne, de l'actinomycose, de la rage, de la trichinose; des organes sexuels, de la blennorrhagie, de la syphilis. Un long chapitre est consacré aux différentes maladies des centres nerveux et des nerfs; ce livre se termine par les relations entre les maladies cérébrales et l'otologie et la rhinologie, et par les rapports entre les méninges et les sinus avec les affections du nez, du larynx et des oreilles.

VI. — Le rhume des foins; par Garel. — (Paris, 1899, J.-B. Baillière.)

VI. — De l'ensemble du tableau que le Dr Garel nous fait en une centaine de pages de la fièvre des foins, se dégagent les conclusions suivantes :

1° L'asthme des foins n'est autre qu'une variété de la rhino-bronchite spasmodique.

2° La rhino-bronchite spasmodique se divise en deux variétés : l'une périodique ou rhume des foins proprement dit, l'autre apériodique survenant dans n'importe quelle saison de l'année.

3° L'asthme des foins dépend de trois facteurs principaux : *a)* Terrain prédisposé, neuro-arthritisme ayant pour conséquence une susceptibilité particulière des centres nerveux; *b)* Muqueuse nasale douée d'un certain degré d'hyperexcitabilité réflexe; *c)* Un agent irritant extérieur, seule cause déterminante des accès.

4° Le traitement peut s'adresser aux trois facteurs.

Il est préventif dans le premier cas, curatif ou palliatif dans le second et prophylactique pour le troisième.

5° Le traitement chirurgical, qui a pour but de supprimer les zones sensibles de la pituitaire, est le seul qui donne des résultats positifs.

REVUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

I. — Chirurgie des voies urinaires; par Edg. Chevalier. (Paris, J.-B. Baillière et fils, 1899.)

I. — Le manuel de chirurgie des voies urinaires de M. Edgard Chevalier est présenté au public par M. le Pr Guyon dans une préface où le maître fait ressortir l'utilité d'un pareil livre indiquant aux élèves et rappelant aux praticiens la technique parfois si délicate des interventions sur les voies urinaires.

En parcourant l'ouvrage, on voit que M. Chevalier a fait avec une grande clarté et une compétence toute spéciale un travail spécial aux opérations sur l'appareil urinaire et comparable aux manuels classiques de médecine opératoire qui servent à apprendre les ligatures d'artères, les amputations, etc. Tout en décrivant les plus grosses opérations de la chirurgie urinaire, telles que la néphrectomie, la greffe de l'uretère, la cystectomie totale, il ne néglige pas la petite chirurgie urinaire. L'antisepsie des instruments, la cathétérisme explorateur et évacuateur, la sonde à demeure sont l'objet d'autant de chapitres d'autant plus soignés qu'il se rapportent à des opérations courantes que tout le monde peut être appelé à faire, même sans avoir l'habitude de la chirurgie. Les récents progrès de la cystoscopie, la technique du cathétérisme des uretères, sont étudiés brièvement mais avec précision. On pourrait reprocher à certains articles leur extrême concision. On aurait pu aussi désirer un mot sur les indications de chaque intervention décrite; mais la nécessité d'être complet sans dépasser les limites d'un volume de petit format et de moins de 340 pages a obligé l'auteur à se limiter. Il a, en somme, résolu de la manière la plus satisfaisante le problème de renfermer dans un très petit manuel toutes les indications indispensables au chirurgien des voies urinaires.

II. — Pathogénie et traitement des hématuries rénales dites essentielles; par Raphaël Robinson. (Paris, Jouve et Boyer, 1899.)

II. — La question des hématuries essentielles est en ce moment à l'étude et l'intérêt qu'elle présente n'a pas seulement pour cause la curiosité scientifique pure : deux graves problèmes chirurgicaux se posent en présence de certaines hématuries dites essentielles ; fera-t-on une néphrectomie ou seulement une néphrotomie? Donnera-t-on seulement des soins médicaux? Graves problèmes, disons-nous, partie sérieuse dont la vie du malade peut être l'enjeu.

Le travail du Dr Robinson est basé sur six observations personnelles. Dans les trois premières, l'hématurie est liée au purpura, au scorbut et à l'hémophilie. Peut-on considérer une hématurie purpurique, scorbutique ou hémophilique comme essentielle? C'est fort discutable. L'hémophilique de l'obs. III, âgé de 52 ans, avait des épistaxis, de la rectorragie, de l'hémoptysie et enfin de l'hématurie. Si l'on admet la définition de Rayer que l'hématurie essentielle est celle qui ne se rattache ni à une lésion de l'appareil urinaire, ni à une maladie déterminée, on ne peut considérer les hématuries rapportées plus haut que comme des hématuries symptomatiques.

Les obs. IV et V sont des cas d'hématurie chez des rachitiques. Un traitement hydro-minéral par l'eau de Djir-djir (l'auteur exerce à Constantinople, dans le voisinage de laquelle est située cette source) les guérit tous les deux. Robinson pense que la décalcification des os comporte une décalcification du sang qui deviendrait moins coagulable.

L'obs. VI est un cas d'hématurie scarlatineuse chez un petit rachitique.

Le point intéressant du travail de Robinson, c'est qu'il essaie d'expliquer les hématuries dites essentielles par une toxémie qui peut résulter de l'absorption d'un poison extérieur ou par une toxihémie (il ne dit pas ce mot; mais c'est celui qui convient le mieux) due à des poisons microbiens encore insuffisamment déterminés. Il explique également par une altération du sang les curieuses hématuries des femmes enceintes signalées par Guyon et par quelques autres auteurs et il compare cette altération présumée du sang à celle qui peut produire l'éclampsie.

Robinson est plutôt hostile à l'intervention chirurgicale, bien qu'il reconnaisse les succès dus à la néphrotomie. Il conseille de favoriser l'élimination des toxines par l'administration de grandes quantités de liquides. Il proscrit les narcotiques, les styptiques et les vaso-constricteurs. La brochure se termine par une très intéressante lettre d'Albarran, relative à la pathogénie et au traitement des néphrorragies. A. Malherbe.

BIBLIOGRAPHIE

La temperatura locala nella febre tifoide. Ricerche di Termometria clinica. — (La température locale dans la fièvre typhoïde. Recherches de thermométrie clinique); par le Pr Massalongo et le Dr Silvestri. (*Policlinico*, vol. VI, M., 1899.)

Dans leurs recherches thermiques sur la fièvre typhoïde, les auteurs se sont adressés exclusivement aux deux régions iliaques de l'abdomen, parce qu'ils avaient observé que dans cette maladie, plus que dans les autres affections aiguës de l'abdomen, la température était, dans cette région inférieure, toujours plus élevée de quelques dixièmes de degré. De plus, ils avaient noté que la température de la région iliaque dépassait de quelques dixièmes celle de la région correspondante gauche. Dans la fièvre typhoïde, la hauteur de la courbe thermique prise sur la paroi abdominale pendant la période fébrile, dépasse le plus souvent la température centrale d'au moins un demi-degré. Pour ces auteurs, les rares exceptions que l'on a observées à cette règle pouvaient être mises sur le compte du météorisme ou des fâcheuses conditions d'expérience dans lesquelles on se trouvait quand le malade était délirant et contractait les muscles abdominaux.

Cette température abdominale supérieure à la température axillaire n'offre, en général, que peu de fluctuations, de sorte que, d'une façon générale, l'allure des deux courbes était pa-

rallèle. Toujours on observe que la chute de la température à la paroi abdominale est de un ou de plusieurs jours en retard sur le moment de la chute au creux axillaire, et ce retard est mis nettement en évidence sur les tracés de la température.

Cet écart entre les deux températures est surtout marqué aux périodes initiale et terminale de la maladie; il l'est moins, au contraire, pendant la période d'état.

Cette surélévation de la température au niveau de la région inférieure de l'abdomen est un signe de la plus haute importance. Si l'on se trouve devant un cas douteux avec fièvre, on pourra poser le diagnostic de fièvre typhoïde dès que l'on constate au niveau des deux quadrants inférieurs de l'abdomen un demi-degré centigrade de plus qu'au niveau du creux axillaire. Le décours successif de la maladie prouve que dans ce cas il s'agit d'une fièvre typhoïde classique.

Cette surélévation thermique abdominale était pour les auteurs d'une autre importance. Puisque, alors même que la température axillaire était revenue à la normale, la température périphérique locale de l'abdomen était pendant un ou plusieurs jours au-dessus de la normale, cela prouvait d'une façon péremptoire que le processus de régénération intestinale n'était pas achevé. Aussi, avant de permettre aux malades d'arriver à un régime carné, attendaient-ils que la température abdominale fût revenue à la normale, c'est-à-dire qu'elle fût tombée au même taux que la température axillaire, ou de quelques dixièmes de degré au-dessous de celui-ci.

Les auteurs sont encore d'avis qu'ils peuvent prévoir les rechutes quand cette surélévation abdominale thermique se maintient, alors même que la température axillaire est retombée à la normale.

Une autre conséquence qui résulte de la constatation de ce fait, c'est son importance pronostique. En effet, plus l'écart entre la température abdominale périphérique et le degré de réaction fébrile constaté au creux axillaire serait grand, plus profondes et plus étendues seraient les lésions intestinales, plus grave serait le pronostic à poser.

Le signe serait par contre de valeur moindre quand il s'agit de prévoir ou non l'éventualité des complications de la fièvre typhoïde, telles que les hémorragies intestinales, la péritonite après perforation.

Enfin, comme dernière étape à cette étude, les auteurs mettent en évidence les résultats que ce signe peut fournir au point de vue thérapeutique. Les médicaments préconisés dans le traitement de cette maladie, n'auraient de valeur réelle, que s'ils diminuaient l'écart entre les températures abdominale et axillaire. Mais trop peu nombreuses ont été jusqu'ici les observations des auteurs pour leur permettre de se prononcer sur l'utilité ou la non efficacité de tel ou tel médicament.

Dr U. Viviani.

Contribution à la question de syphilis et tabes; par E.-A. Homen. (*Finsk. Läkar. Haudl*, mai. 1899.

L'auteur rappelle qu'on ne peut plus douter de l'importance de la syphilis acquise comme cause prédisposante du tabes dorsal; mais la question, si la syphilis chez les parents pouvait aussi y jouer un rôle, est encore incertaine. L'auteur ne trouve pas les cas, jusqu'ici cités dans la littérature, comme tout à fait satisfaisants. Il rapporte maintenant un cas observé par lui, lequel, sous ce rapport, est d'un certain intérêt. Le voici : Homme de 22 ans, entré au service de l'auteur le 26 avril 1898. Son père est mort à l'âge de 53 ans. Vers la fin de sa vie, il a été traité pour une hémiplégie syphilitique du côté droit, avec altérations de la parole et différences et indolence des pupilles ; auparavant il avait aussi abusé des boissons alcooliques. Dans son enfance, le jeune homme se développa normalement, seulement la dentition avait été un peu tardive (à un an). Entre 1 1/2 et 2 ans, il a commencé à marcher. Pas de maladies spéciales. A l'âge de 12 ans, il fut atteint, sans cause connue, d'une incontinence de l'urine pendant les nuits et quelquefois même pendant la journée. Depuis l'âge de 14 à 15 ans, il a souffert de temps en temps de douleurs lancinantes aux jambes et la marche est devenue un peu incertaine, surtout dans l'obscurité. Depuis l'âge de 16 ans, la défécation a été difficile et s'accomplit quelquefois involontairement, si les évacuations sont molles. Pendant les deux ou trois dernières années, il a souffert d'attaques apoplectiformes, se manifestant dans une difficulté à parler en même temps que la jambe et le bras droits et le côté droit du visage devinrent raides et engourdis. Les attaques se répètent souvent plusieurs fois par semaine et durent environ une heure. Selon lui, la mémoire est dans les derniers temps devenue un peu plus faible. Ni maux de tête, ni vertiges, ni vomissements. Aucune difficulté de déglutition; aucunes altérations de parole, excepté dans les attaques décrites. Sommeil et appétit bons. Il nie des excès de débauche et la syphilis. Il y a trois ans que la vue de l'œil gauche a commencé à diminuer. Depuis l'automne 1897 il ne voit plus de cet œil. La vue de l'œil droit est aussi affaiblie. A son entrée à l'hôpital, il a une constitution faible, mais sa nutrition est ordinaire. Le visage est pâle. Il fait l'impression d'avoir une certaine intelligence. L'œil gauche : Vue = 0 ; la pupille contractée, sans réaction : atrophie du nerf optique. L'œil droit : Vue = 6/20; le champ visuel très réduit. La pupille est presque aussi atrophiée qu'à l'œil gauche. La pupille a la grandeur ordinaire, réagit lentement. Des autres organes des sens, rien à remarquer. Les yeux fermés, aucun chancellement prononcé. La démarche est un peu ataxique, dans l'obscurité, la marche est incertaine. La sensibilité est diminuée aux parties du corps, du visage et des jambes, marquées aux figures page 4; sur le corps presque exclusivement la sensibilité tactile, et aux jambes surtout, la sensibilité à la douleur est diminuée. Il a des attaques de douleurs lancinantes dans les jambes. Les réflexes cutanés de la plante du pied sont très faibles; ceux du crémateur et surtout de l'abdomen vives. Les réflexes patellaires sont abolis. Point d'atrophie. La force des mains et des jambes semble normale. Par un traitement antisyphilitique énergique son état fut un peu amélioré. Les attaques apoplectiformes cessèrent bientôt complètement.

L'auteur fait ressortir qu'on ne peut pas douter qu'il s'agisse d'un vrai tabes, auquel le patient a été disposé sans doute par la syphilis, probablement négligée, de son père, en combinaison avec l'alcoolisme. En faveur d'un tabes parle non seulement toute l'évolution de la maladie, mais aussi la réunion de tous les symptômes cardinaux et caractéristiques de cette affection ; l'auteur attire spécialement l'attention sur la zone en ceinture du corps avec sensibilité tactile diminuée. Quant aux attaques apoplectiformes l'auteur émet l'opinion qu'elles sont peut-être causées par des lésions en foyer, de nature syphilitique ; ce qui expliquerait aussi le fait qu'elles disparurent bientôt après le commencement d'un traitement antisyphilitique, tandis que les autres symptômes ont été relativement peu influencés par ce traitement.

Traité de Médecine et de Thérapeutique de P. Brouardel et A. Gilbert (tome VI). (J.-B. Baillière et fils, édit., 1899.)

Ce nouveau volume du *Traité de médecine et de thérapeutique* est tout particulièrement consacré aux maladies de l'appareil circulatoire.

M. Pierre Merklen y expose les *maladies du cœur*, donnant une grande place à la séméiologie du cœur et n'y négligeant aucune des données nouvelles que la phonendoscopie et la radioscopie ont introduites dans l'examen du cœur. La pathologie spéciale du cœur est ensuite minutieusement étudiée et l'on peut dire sans exagération que M. Merklen a écrit pour ce traité un véritable manuel des maladies du cœur, puisque les chapitres qu'il leur destine ne comprennent pas moins de 456 pages.

Les *maladies des artères* en général sont dues à l'heureuse collaboration de MM. Roger et Gouget. Les *maladies de l'aorte* sont dues à la plume de M. E. Boinet, agrégé en médecine et professeur à l'Ecole de Marseille, qui a consacré de savants articles à l'anévrisme de l'aorte sans négliger les aortites.

Il était difficile de trouver pour l'étude des *maladies des veines* des auteurs plus autorisés que MM. F. Widal et F. Bezançon; il serait superflu de rappeler les travaux de M. Widal sur la phlegmatia et l'origine infectieuse des phlébites qui renversa la théorie de Wirchow sur la pathogénie de ces affections. M. F. Bezançon s'est seul chargé de l'étude des maladies du *sytème lymphatique*. Enfin, M. Parmentier a

mis dans les chapitres destinés aux maladies du sang, le résultat de toute l'érudition et de toute l'expérience qu'il a acquise jadis dans le service du Pr Hayem.

En un mot, le sixième volume du *Traité de médecine et de thérapeutique* ne le cède en rien aux cinq premiers parus et notre seul regret est que la nature de l'ouvrage ne se plie pas à une analyse plus détaillée où l'on pourrait faire mieux ressortir le mérite de chaque auteur. J. N.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.



M. le Pr E. BRISSAUD.
Professeur d'Histoire de la Médecine à la Faculté de Paris.

M. E. Brissaud est né en 1852 à Besançon d'une famille d'universitaires qui comptait parmi ses membres un médecin des hôpitaux de Paris universellement estimé et apprécié, le Dr Féréol, mort il y a quelques années.

Externe des hôpitaux de Paris en 1872, interne en 1875, il fut successivement élève de Lannelongue, de Millard, et durant son internat, de Broca, de Fournier, de Charcot. Préparateur de Charcot au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté en 1878, Brissaud s'initia aussi sous la direction du maître à la méthode anatomo-clinique de l'Ecole de la Salpêtrière dont il devait être un des représentants les plus distingués. Docteur en médecine en 1880, il soutint une thèse intitulée : *Recherches anatomiques, physiologiques et cliniques sur la contracture permanente des hémiplégiques*. La première partie de ce mémoire précisait le trajet des dégénérations de la capsule interne des pédoncules et de la moelle, ainsi que les lésions de la substance grise médullaire. Dans la seconde partie purement clinique, il démontrait que souvent la contracture n'est pas apparente mais imminente, latente, et il insistait sur l'exagération des réflexes et plus particulièrement sur le signe du « tendon », faisant du réflexe rotulien la première étude qui eût paru en France. La troisième partie établissait la physiologie pathologique ; enfin une quatrième partie multipliait les observations cliniques et anatomo-pathologiques qui l'aidaient à établir que les contractures peuvent être considérées comme des phénomènes réflexes permanents. Ce travail porte la marque profonde de la méthode scientifique si rigoureuse que Charcot avait inaugurée à la Salpêtrière. L'observation clinique, délicate, suivie de recherches anatomiques approfondies, conduit l'auteur à la physiologie du symptôme qu'il étudie et lui permet d'établir sur de solides bases les théories pathogéniques destinées à expliquer le phénomène-adjoint. A peine docteur, Brissaud fut successivement chef de clinique adjoint, préparateur et chef de clinique titulaire de Lasègue à la Pitié (1880-1882). Durant près de trois ans, il seconda Lasègue pour lequel il conserva une vive admiration. Il ne manquait pas sans doute de certaines analogies entre les brillantes qualités de Lasègue et celles de son jeune chef de clinique. Il resta en 1882, chef de clinique du Pr Jaccoud et devint en 1883 préparateur des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté sous la direction du savant médecin de l'hospice d'Ivry, M. Alb. Gombault.

Médecin du bureau central au concours de 1884, Brissaud devenait agrégé en 1886 avec une thèse sur les *Paralysies toxiques*. Dans ce travail, il borna son sujet à l'étude de la résolution musculaire provoquée par les substances toxiques solubles. Il y établit nettement l'origine des paralysies toxiques dues à des névrites périphériques, y insiste en particulier sur la paralysie alcoolique, en fait l'anatomie pathologique, la pathogénie, le diagnostic et termine par un aperçu du traitement médical et chirurgical qui peut y être appliqué.

Brissaud était trop bien doué pour l'enseignement pour qu'il ne s'y consacrât particulièrement.

En 1887, il était chargé du cours complémentaire d'anatomie pathologique à la Faculté et y traitait des maladies du foie et du rein avec d'autant plus de compétence qu'il avait collaboré avec Sabourin à des recherches sur la structure et sur l'histologie du foie.

En 1888, il continuait son enseignement dans un cours libre à l'Ecole pratique sur les *localisations diathésiques*. Devenu en 1889, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, il continua d'y professer la clinique médicale et en particulier dans ces dernières années la pathologie nerveuse durant le semestre d'hiver. En même temps il suppléait Charcot à la Salpêtrière, de 1889 à 1892, et, par intérim, était chargé dans ce même hospice du cours de clinique des maladies du système nerveux en 1893-1894.

L'œuvre scientifique de Brissaud est considérable, et touche à peu près à tous les chapitres de la médecine, bien qu'il se soit surtout cantonné dans la neurologie. En pathologie interne et pathologie générale, nous devons signaler (en 1879) *ses recherches sur les tuberculoses locales* où il établit l'identité des lésions histologiques de la scrofule et de la tuberculose. En anatomie, outre son *Anatomie du cerveau de l'homme* parue en 1893 (où en de nombreuses planches il donne des notions complètes de la structure si complexe de l'encéphale), Brissaud a écrit l'article *Testicule* du Dictionnaire de Jaccoud. Ses études physiologiques les plus connues ont porté sur les réflexes, le *bruit musculaire* dans les muscles contracturés, sur la *spermatogénèse du lapin*, etc. L'anatomie pathologique lui fait aborder les travaux microscopiques les plus variés, depuis l'*orchite syphilitique scléro-gommeuse* jusqu'à la *maladie kystique des mamelles*, et depuis les *rétrécissements de l'urètre* jusqu'à l'*adénome* et le *cancer hépatique*.

La neuropathologie resta néanmoins son domaine préféré, celui à la culture duquel il s'était d'ailleurs voué dès le début de ses études. Nous ne reviendrons pas sur sa thèse de doctorat sur les *contractures*, sur celle d'agrégation sur les *paralysies toxiques*, mais nous devons appeler l'attention sur ses études sur l'*athétose* et ses localisations, sur *le rire et le pleurer spasmodiques*, cette singulière affection dont il a si bien compris le mécanisme, enfin sur les *paralysies pseudo-bulbaires*. Il eut le mérite d'introduire la notion de la *métamérie* en pathologie humaine et d'en tirer d'intéressantes conclusions au sujet de la répartition du *zona* et d'un grand nombre de trophonévroses. Nous ne saurions non plus passer sous silence les travaux de M. Brissaud sur les *voies du sens musculaire* et le mécanisme de l'équilibre, sur les *scolioses* dans les sciatiques spasmodiques, sur le *torticolis mental*, syndrome commun à diverses névroses ou psychoses d'origine purement psychique.

Signalons encore sa collaboration avec M. Bourneville, dans une étude sur l'*idiotie* et l'anatomie pathologique de l'*encé-*

phalite tubéreuse. Dans ce dernier mémoire, publié dans les *Archives de Neurologie* en 1880, MM. Bourneville et Brissaud remarquent que les lésions qu'ils ont observées à l'autopsie de jeunes idiots *sont presque tout à fait semblables à celles que l'on rencontre dans la paralysie générale progressive.*

Là encore ne se borne pas l'œuvre du Pr Brissaud; plusieurs de ses maîtres l'avaient chargé de recueillir certaines de leurs leçons et d'en surveiller la publication, et parmi eux P. Broca, A. Fournier et Charcot. Il collabora aussi à la rédaction du Dictionnaire de Jaccoud, et dirigea la publication du *Traité de Médecine* de Charcot et Bouchard, qui lui doit quelques-uns de ses meilleurs chapitres. Il fonda, en 1893, avec le Dr Pierre Marie, la *Revue neurologique.* — Journaliste médical, il participait à la rédaction de nombreux périodiques scientifiques, notamment aux *Archives de Neurologie,* aux *Archives générales de Médecine,* à la *Revue de Médecine,* à la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* etc. Il n'a cessé de compter parmi les membres de la rédaction du *Progrès médical* depuis la fondation de ce journal, où parurent beaucoup de ses travaux originaux et ses nombreuses critiques et analyses médicales.

Entre temps, M. Brissaud avait sans doute des loisirs puisque la *Nouvelle Revue* publiait sous sa signature des articles sur les *grandes épidémies et les doctrines microbiennes,* sur la *vivisection,* sur l'*hypnotisme,* réponse à M. Liébault lors de la querelle entre l'Ecole de Nancy et celle de la Salpêtrière. Il trouvait encore le temps de disserter sur la *maladie de Scarron,* d'écrire la très curieuse *Histoire des expressions populaires relatives à la médecine,* de commenter les relations sur la *guérison des écrouelles* par les rois de France, sur la *mort de Charles de Guyenne,* frère de Louis XI, sur l'*infirmité du conventionnel Couthon.* Nous n'énumérerons pas les Sociétés françaises et étrangères qui comptent le Pr Brissaud parmi leurs membres titulaires ou correspondants, bien que la longue liste et l'importance de ces savantes compagnies soient une preuve de la haute estime dont il jouit dans le monde scientifique.

Depuis longtemps il était désigné, de l'avis unanime des maîtres et des élèves, comme devant occuper une chaire à la Faculté.

Nous nous félicitons que cette chaire soit celle d'Histoire de la Médecine, car nulle autre n'aurait mieux permis au Pr Brissaud de mettre en œuvre ses brillantes qualités naturelles et sa grande érudition.

Enseigner l'histoire de la Médecine, ne se borne pas à la sèche énumération dans l'ordre chronologique des théories, on pourrait même dire des erreurs de la Médecine, on doit voir les choses de plus haut, et tenter en quelque sorte la synthèse philosophique des sciences médicales et de leurs progrès. Il faut de sérieuses connaissances générales, une grande largeur de vues, une véritable éloquence pour bien remplir cette tâche. Nous sommes convaincu que M. le Pr Brissaud n'y faillira pas. J. N.

Principaux travaux de M. le Pr Brissaud.

Traité de médecine publié sous la direction de MM. Charcot et Bouchard, 6 vol., Paris, Masson (1891-1893). Article Scrofule (*Nouveau Dictionaire de médecine et de chirurgie pratique* de Jaccoud). — Des gommes scrofuleuses et leur nature tuberculeuse, en collaboration avec M. Josias (*Rev. mensuelle de méd. et de chir.,* 1879). — Etude sur les tuberculoses locales (*Arch. gén. de méd.,* 1880). — Sur la tuberculose du foie, en collaboration avec M. Toupet (*Etudes expérim. et clin. sur la tuberculose,* 1887). — Asthme (*Traité de méd.* de Charcot et Bouchard). — Hygiène des asthmatiques (*Bibl. d'hygiène thérapeutique,* 1 vol., 210 pages). — Stomatite et endocardite infectieuses (*Progrès médical,* 1886). — Attitudes cataleptiques chez un brightique délirant, en collaboration avec le Dr H. Lamy (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.,* 1890). — Gigantisme et acromégalie, en collaboration avec le Dr H. Meige (*Journ. de méd. et de chir. prat.,* 1895). — Sur les rapports réciproques de l'acromégalie et du gigantisme (*Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris,* 1896).

Corps thyroïde de Basedow (*Rapport présenté au VIe congrès des alién. et neurolog. de France,* Bordeaux, 1895). — Testicule (*Nouveau Diction. de méd. et de chir. prat.* de Jaccoud). — Anatomie du cerveau de l'homme (Morphologie des hémisphères cérébraux ou cerveau proprement dit. (Paris, Masson, 1893). Localisations cérébrales et rapports généraux des centres corticaux avec les parties périphériques (*Traité de méd.,* t. VI). — Modifications du type schématique des circonvolutions cérébrales (*Anatomie du cerveau de l'homme*). — Modifications du type schématique à la face externe de l'hémisphère (*Anat. du cerv. de l'hom.*). — Sur deux cas de compensation directe des bandelettes optiques avec les pédoncules cérébraux (*Soc. anat.,* 1880). — Le faisceau en écharpe (*Anat. du cerv. de l'hom.*). — Du faisceau dit bandelette sous-optique (*Rev. neurologique,* 1894). — Du faisceau dit bandelette sous-optique dans la racine postérieure du thalamus (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière,* 1894). — La fonction visuelle et le cuneus (*Ann. d'oculis.,* 1893). — Mouvements d'expansion et de retrait du cerveau chez l'homme, en collaboration avec M. F. Franck (*Comptes rendus du labor. du Pr Marey,* t. III, 1877). — Analyse graphique de la contraction musculaire dans les réflexes rotuliens (Thèse, 1880, chap. VI). — Le réflexe du fascia lata (*Leç. faites à l'hôp. Saint-Antoine,* 1896). — Recherches microphoniques sur le bruit musculaire des muscles contracturés, en collaboration avec Boudet (de Paris), 1879. — Centres d'habitude chargés de la coordination fonctionnelle (*Leç. faite à l'hôp. Saint-Antoine,* 1894). Etude sur la spermatogénèse chez le lapin (*Arch. de physio.,* 1880). — Etude anatomo-pathologique sur deux cas d'orchite syphilitique scléro-gommeuse (*Progrès médical,* 1881). — Anatomie pathologique de la maladie kystique des mamelles (*Arch. de physiol.,* 1884). — Etude sur le polyadénome gastrique (*Arch. gén. de méd.,* 1885). — Adénome et cancer hépatique (*Arch. gén. de méd.,* 1885). — Etude sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.,* 1881). — Anatomie pathologique de l'encéphalite tubéreuse, en collaboration avec le Dr Bourneville (*Arch. de neurologie,* 1880). — Etude sur l'idiotie, en collaboration avec le Dr Bourneville (*Arch. de neurologie,* 1880). — Diagnostic de porencéphalie probable (*Leç faite à l'hôp. Saint-Antoine,* 1896. — Anatomie pathologique et mécanisme de l'athétose (*Gaz. hebd. de méd. et de chirur.,* 1880). — La chorée variable des dégénérés (*Rev. neurol.,* 1896). — Recherches anatomiques, physiologiques et chimiques sur la contracture permanente des hémiplégiques (Thèse, 1880). — Sur le rire et le pleurer spasmodiques (*Rev. scient.,* 1894). — Localisation du foyer hémorragique dans les hémianesthésies capsulaires (*Traité de méd.,* t. VI).

Des troubles de la sensibilité dans les hémiplégies (*Leç. sur les mal. nerveuses à la Salpêtrière,* 1893). — La faculté d'épeler et ses rapports avec l'aphasie (*Congrès franç. de méd. interne,* Lyon, 1894). — Localisation corticale des mouvements de la face (*Progrès méd.,* 1893). — Localisation cérébrale syphilitique (*Progrès méd.,* 1885). — De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique (Hémispasme glossolabié), en collaboration avec M. P. Marie (*Progrès méd.,* 1887). — Des paralysies toxiques (Thèse d'agrégat., 1886). — Sur trois cas de paralysies périphériques chez des sujets hystériques, en collaboration avec M. H. Lang (*Arch. gén. de méd.,* 1891). — Le tabes dorsalis. Dégénérescence et protoneurone centripète (Thèse Massary, 1896). — De l'influence des centres trophiques de la moelle sur la distribution périphérique de certaines névrites toxiques (*Arch. de neurol.,* 1891) — Le zona du tronc et sa topographie (*Leç. faite à l'hôp. Saint-Antoine,* 1895). — La métamérie spinale et la distribution périphérique du zona (*Bull. méd.,* 1896). — Sur l'origine centrale des paralysies zostériennes (*Journ. de méd. et de chir. prat.,* 1896). — Sur les voies du sens musculaire et le mécanisme de l'équilibre (*Leç. sur les maladies nerv.,* leç. XIII). — Sur un cas de syringomyelie observé en 1875 et en 1890, en collaboration avec M. le Pr Charcot (*Progrès méd.,* 1891). — De la névroglie dans la moelle normale et dans la syringomyélie (*Rev. neurol.,* 1894).

Des scolioses dans les névralgies sciatiques (*Arch. de neurol.,* 1889). — Trois nouveaux cas de torticolis mental, en collaboration avec M. H. Meige (*Rev. neurol.,* 1894). — Du torticolis mental (Thèse de M. Bompaire). — Délire de maigreur, en collaboration avec M. Souques (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière,* 1894). — Histoire des expressions populaires relatives à l'anatomie, à la physiologie et à la médecine. — Le mal du roi (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*). — Note sur la mort de Charles de Guyenne, frère de Louis XI (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.,* 1892). — Note sur l'infirmité du conventionnel Couthon (*Chronique méd.,* 1896).

Suicide a l'hôpital Cochin. — Un infirmier de l'hôpital Cochin, Guillaume Le Maine, âgé de vingt-sept ans, est monté la nuit dernière sur la toiture de l'hôpital et s'est précipité la tête la première sur le pavé de la cour. La mort a été instantanée. On ignore les causes du suicide. (*Le Soleil* du 28 juin 1899.)

VARIA

—

Congrès médicaux de 1899.

Association française pour l'avancement des Sciences.

Nous rappellerons à nos lecteurs que le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences doit se réunir à Boulogne-sur-Mer du 14 au 21 septembre 1899. A cette occasion un échange de visites entre l'Association britannique et l'Association française aura lieu, et la statue du grand médecin-électricien français DUCHENNE (de Boulogne), sera inaugurée.

Pour la première fois, la nouvelle sous-section d'Électricité médicale fonctionnera, et les questions suivantes y seront traitées :

1° Traitement par l'électrolyse des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urètre en particulier, par le Dr Bordier (de Lyon); — 2° Radioscopie et radiographie stéréoscopiques, par le Pr Marie (de Toulouse); — 3° Récents progrès de la radiographie, par le Pr Imbert et le Dr Bertin-Sans (de Montpellier); — 4° De l'endodiascopie, sa technique et ses résultats, par le Dr Bouchacourt (de Paris).

Congrès français de Médecine (5e session).
Lille, 28 *juillet* 1899.

La cinquième session du Congrès français de Médecine doit s'ouvrir à Lille le 28 juillet prochain. Tout en rappelant à nos confrères qu'ils peuvent faire des communications sur n'importe quel sujet des sciences médicales, nous leur signalons dès maintenant les extraits du règlement : 1° La lecture ou l'exposé n'en doit pas dépasser dix minutes; 2° les observations présentées au cours des discussions ne doivent pas durer plus de cinq minutes; 3° le Congrès n'accepte aucunement la responsabilité des opinions émises. A ce point de vue, il serait désirable aussi que l'auteur de communications fît par avance, et en trois ou quatre exemplaires, un résumé écrit de son travail, que le Secrétariat général, auquel il serait remis, communiquerait à la presse. Passé le 15 juillet, il ne sera plus reçu de communications.

Nous sommes surtout heureux d'annoncer que tous les Congressistes pourront effectuer leur voyage à moitié prix des tarifs, sur les chemins de fer du Nord, de l'Orléans, de l'Est et du P.-L.-M. ; nous espérons voir étendre aux autres Compagnies cette mesure gracieuse. Les Congressistes qui emprunteront le réseau de l'Est, devront, pour bénéficier de la réduction de 50 0/0 sur les prix des billets simples ordinaires, nous faire parvenir avant le 8 juillet, terme ultime, l'indication exacte des parcours à effectuer (gare de départ, gare d'arrivée ou de jonction avec ce réseau). Les bons individuels de demi-place, que nous leur ferons parvenir, seront valables du 23 juillet au 7 août. Les Congressistes, passant par les lignes de l'Orléans, du P.-L.-M., devront pour la même époque (8 juillet), nous adresser les mêmes indications; la réduction de 50 0/0 aura son effet du 25 juillet au 5 août inclus. Cette même observation s'applique au Nord, qui, en outre, pour les excursions individuelles, accordera la même réduction de 50 0/0, sur la présentation de la carte de membre du Congrès durant les quatre jours qui suivront le Congrès Nous prions enfin instamment les Congressistes de nous faire connaître avant le 10 juillet, les excursions auxquelles ils désirent prendre part; passé cette date, nous ne répondons plus de pouvoir les admettre, d'autant plus que le nombre des congressistes dans l'une d'entre elles (mines de Lens) est limité. Nous nous sommes enfin réservé, dans les meilleurs hôtels de Lille, au prix de 2 à 5 fr. par jour, un certain nombre de chambres, qui seront mises à la disposition des Congressistes, pourvu que leur demande soit parvenue à l'hôtel choisi, le 25 juillet au plus tard.

Programme général du Congrès. — Vendredi 28 juillet. 10 heures du matin : Séance d'ouverture au Palais-Rameau. — 2 heures du soir : Discussion de la première question, *des myocardites*; rapporteurs : MM. les Prs Huchard, de l'Académie de médecine; Renaut (de Lyon). — 9 heures du soir : Réception par le Comité d'honneur du Congrès au Palais-Rameau.

Samedi 29 juillet. 9 heures du matin : Suite de la discussion de la première question et questions diverses. — 2 heures du soir : Discussion de la deuxième question, *adénies et leucémies*; rapporteurs : MM. les Prs Denys (de Louvain), Sabrazès (de Bordeaux). — 7 heures du soir : Banquet par souscription au Palais-Rameau.

Dimanche 30 juillet : Excursion à Saint-Amand-les-Eaux; Départ à 9 heures du matin : déjeuner offert par l'Etablissement; retour à Lille, à 6 heures du soir. — 9 heures du soir : Soirée de gala offerte par la municipalité au Conservatoire de musique.

Lundi 31 juillet. 9 heures du matin : Visite aux Etablissements hospitaliers, aux Facultés, à l'Institut Pasteur. — 2 heures du soir : Discussion de la troisième question, *de l'accoutumance aux médicaments*; rapporteurs : MM. les Prs Simon (de Nancy), Heymans (de Gand).

Mardi 1er août. 9 heures du matin : Suite de la discussion de la troisième question et communications diverses. — 2 heures du soir : Communications diverses. — 5 heures du soir : Séance générale de clôture. — 9 heures du soir : Réception par le président du Congrès.

Mercredi 2 août : Excursion aux mines de Lens; déjeuner offert par l'Administration des mines; excursion à Dunkerque et au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer; déjeuner offert par M. Vancauwenberghe, directeur du Conseil d'administration; promenade en mer.

S'adresser à M. le Dr F. Combemale, 128, boulevard de la Liberté, à Lille.

IVe Congrès de l'Association française d'Urologie.

La quatrième session de l'Association française d'Urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du 19 au 21 octobre 1899, sous la présidence de M. le Pr Guyon. La question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Des hématuries dites essentielles*. MM. Malherbe (de Nantes), et Legueu (de Paris), rapporteurs. Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

Congrès d'Electrothérapie de 1899.

La ville de Côme doit célébrer, en septembre 1899, le centenaire d'Alexandre Volta. A l'occasion du centenaire de la pile, un Congrès d'Electrothérapie se réunira. Un Comité est dès maintenant formé sous la présidence de M. le Pr Baccelli, ministre de l'Instruction publique d'Italie, et M. le Dr Bizzozero.
(*Gazette médicale de Paris.*)

Congrès international d'Otologie.

Le VIe Congrès international d'Otologie aura lieu du 8 août au 10 août 1899 à Londres sous la direction de son président, M. le Dr Pritchard. MM. Knapp (de New-York), Politzer (de Vienne), et Luc (de Paris), sont chargés d'un rapport sur *les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde.*

Réorganisation du service médical de la Préfecture de la Seine.

A la suite des protestations des médecins intéressés, la réorganisation du service médical de la Préfecture de la Seine avait été soumise de nouveau à l'examen de la commission de centralisation du personnel. M. A. Grébeauval, au nom de cette commission, a présenté un rapport à ce sujet à la séance du Conseil municipal du 3 juillet 1899, et le Conseil a adopté la délibération suivante :

« Le Conseil, vu..... délibère :

« I. — Il y a lieu de procéder à l'unification des différents services médicaux actuels de la Préfecture de la Seine. En conséquence, la ville de Paris est divisée en treize circonscriptions médicales, conformément aux indications du tableau joint à la présente délibération, et dont les titulaires devront examiner indistinctement tous les agents administratifs résidant dans le périmètre de chacune d'elles. Les treize médecins titulaires de ces circonscriptions auront droit au titre de « mé-

decin de la Préfecture de la Seine ». Le Service médical comprendra, en outre, un médecin en chef de la Préfecture et des médecins adjoints. Les médecins adjoints, appelés à suppléer le médecin en chef et les médecins titulaires en cas d'absence, de maladie ou de nécessités administratives, seront recrutés au concours et auront droit au titre de « médecin adjoint de la Préfecture de la Seine ». Ils pourront être titularisés, d'après leur ordre d'admission, au fur et à mesure des vacances qui se produiront. Les médecins de circonscription et médecins adjoints seront tenus d'être domiciliés dans leur circonscription. Le service sera de constatation et de contrôle seulement, sauf en ce qui concerne les agents de l'Octroi ainsi que les ouvriers du service de l'Inspection des machines, auxquels ils devront, comme par le passé, donner leurs soins pendant tout le temps nécessaire à ceux de ces agents qui les réclameraient.

« Le médecin chef est chargé de la surveillance générale du service et notamment :

« 1° D'examiner les employés ou agents pour lesquels l'Administration réclamerait une contre-visite à la suite de celle des autres médecins ; 2° de délivrer les avis de congé dans les cas dépassant les limites des indispositions ordinaires ; 3° d'examiner, au point de vue des aptitudes physiques, les candidats sollicitant un emploi dans l'un des services de la Préfecture ; 4° d'établir les certificats exigés pour l'admission dans les établissements dépendant de la Préfecture ; 5° ceux nécessaires en cas d'invalidité, de mise à la réforme ou à la retraite et, en général, dans tous les cas où des certificats délivrés par un médecin assermenté sont exigés ; il aura, en outre, la direction des secours à l'Hôtel de Ville et dans les bâtiments annexes.

« Les agents employés dans Paris, mais domiciliés « extra muros » devront, en cas de maladie, se faire examiner par le médecin de la circonscription la plus proche de leur domicile, suivant le tableau annexé à la présente délibération. Dans le cas où ils ne pourraient se déplacer, ils seront visités par le médecin de la circonscription dont ils dépendent. Il en sera de même pour le personnel de la Direction des Affaires municipales employé dans les cimetières hors Paris (Bagneux, Ivry, Pantin, etc.) et le personnel des gardes du bois de Boulogne. Quant aux agents employés hors Paris, dont le service médical est actuellement organisé, il n'est rien innové quant à présent en ce qui les concerne.

« II. — Le crédit affecté au Service médical est fixé à la somme de 48.100 francs, dont la ventilation aura lieu dans les proportions suivantes : Médecin en chef, 6.000 francs ; médecin adjoint au médecin en chef, 3.000 francs ; 13 médecins de circonscription à 1.200 francs, 15.600 francs ; Matériel : Dépenses d'impression, etc., 1.000 francs ; frais de déplacement, 2 000 fr. ; total, 27.600 francs.

« Le surplus, soit 20.500 francs, sera réparti en fin d'année entre les médecins titulaires de circonscription, au prorata de leurs visites et de leurs consultations.

« Quand les médecins adjoints seront appelés à remplacer temporairement les médecins titulaires de circonscription, ils recevront sur la somme qui doit être répartie en fin d'année, conformément au paragraphe précédent, la somme afférente aux visites et consultations qu'ils auront faites ou données. »

Chiffres intéressants.

Les efforts tentés depuis quelques années pour attirer dans nos Universités les étudiants étrangers n'ont pas été infructueux. Et ce n'est pas seulement à Paris, comme on est porté à le croire communément, que les étudiants étrangers fournissent un apport notable au contingent des étudiants nationaux. Il n'y a pas une seule de nos Universités provinciales qui en soit complètement dépourvue. L'an dernier, pour nous en tenir aux chiffres officiels publiés par la *Revue internationale de l'enseignement*, le nombre des étudiants étrangers inscrits dans nos diverses Facultés s'est élevé à 2.074, dont 1.129 pour Paris et 945 pour le reste de la France. On voit que l'attraction de la capitale, tout en restant prépondérante, ne va pas jusqu'à être exclusive.

Certaines Universités de province ont de la réputation au-delà de nos frontières : Montpellier, par exemple, qui possède 292 étudiants étrangers (dont 156 attirés par le renom de son antique Ecole de Médecine), Nancy qui en reçoit 126, Lyon 108, Toulouse 70, etc. Partout, d'ailleurs, c'est la Médecine qui nous vaut le plus d'étudiants étrangers (1.076, soit plus de la moitié de l'effectif global). Viennent ensuite, en suivant l'ordre décroissant : le Droit (480), les Sciences (283), les Lettres (194), la Théologie protestante (5). La proportion des femmes, parmi ces étudiants étrangers, est assez élevée (290 ou 14 0/0). Ajoutons que les Etats des Balkans, la Russie, l'Empire ottoman, sont les meilleurs et les plus fidèles clients de notre enseignement supérieur. Ces résultats sont assurément satisfaisants et ceux de l'année courante ne le sont pas moins. Ils prouvent que le rayonnement intellectuel de notre haut enseignement n'est pas en train de s'éteindre, et que nos jeunes Universités savent, en dépit de toutes les concurrences, se faire connaître et apprécier dans tout l'univers civilisé. (*Journal des Débats* du 24 juin.)

Prophylaxie sacrée de la brûlure, des empoisonnements, de l'épilepsie, etc.

Nous donnons, à titre de curiosité, la reproduction d'une curieuse « invocation à la Sainte Croix », ainsi que les avantages qui y sont attribués.

Invocation à la Sainte Croix.

Dieu tout puissant qui avez souffert la mort à l'arbre particulier, pour tous mes péchés, soyez avec moi. — Sainte Croix de Jésus-Christ, ayez pitié de moi. — Sainte Croix de Jésus-Christ, ayez pitié de nous. — Sainte Croix de Jésus-Christ, soyez mon espoir, — Sainte Croix de Jésus-Christ, repoussez de moi toute arme tranchante. — Sainte Croix de Jésus-Christ, versez en moi tout bien. — Sainte Croix de Jésus-Christ, détournez de moi tout mal. — Sainte Croix de Jésus-Christ, faites que je parvienne au chemin du salut. — Sainte Croix de Jésus-Christ, repoussez de moi toute atteinte de mort. — Sainte Croix de Jésus-Christ, préservez-moi des accidents corporels et temporels. — Que j'adore la Sainte Croix de Jésus-Christ, à jamais. — Jésus de Nazareth crucifié, ayez pitié de moi ; faites que l'esprit malin invisible fuie de moi, dans tous les siècles des siècles. Ainsi soit-il.

En l'honneur du sang précieux de Jésus-Christ, en l'honneur de son incarnation, par où il peut nous conduire à la vie éternelle, aussi vrai que Jésus-Christ est né le jour de Noël et qu'il a été crucifié le Vendredi-Saint.

Cette prière a été trouvée, en 1505, sur le sépulcre de Jésus-Christ, et envoyée par le pape à l'empereur Charles quand il partit à l'armée pour combattre les ennemis envoyés à Saint-Michel en France.

Celui qui lira cette prière, qui l'entendra lire ou la portera sur lui ne mourra pas subitement, ne se noiera pas, ne se brûlera pas : aucun venin ne pourra l'empoisonner, il ne tombera pas entre les mains de ses ennemis et ne sera pas vaincu dans les batailles. Quand une femme se trouvera en enfantement, qu'elle entendra lire ou lira cette prière ou la portera sur elle, elle sera promptement délivrée, elle restera tendre mère, et quand l'enfant sera né, il faudra poser cette prière sur son côté droit, et il sera préservé d'un grand nombre d'accidents. Celui qui portera cette prière sur lui sera préservé du mal d'épilepsie, et lorsque dans la rue vous verrez une personne attaquée de ce mal, posez cette prière sur son côté droit, et elle se relèvera joyeusement. Celui qui écrit cette prière pour lui ou pour d'autres, je le bénirai, dit le Seigneur, et celui qui s'en moquera et la méprisera fera pénitence.

Lorsque cette prière est déposée dans une maison elle est préservée de la foudre et du tonnerre, et celui qui journellement lira cette prière sera prévenu trois jours avant sa mort, par un signe divin, de l'heure de son trépas.

Sur quelques remèdes de la pharmacopée chinoise.

Un de mes amis, M. Louis Vossion, consul de France, revenant de Honolulu et faisant escale à San Francisco, entra dans une pharmacie du quartier chinois et se fit délivrer quelques-uns des médicaments les plus en vogue, c'est à son obligeance que je dois de vous présenter aujourd'hui les petits paquets suivants : Le premier paquet contient le spécifique contre la gonnorrhée, il porte une inscription en caractères chinois : *Sen mei zyntn yaku* ; *remède composé de clarté*, destiné à clarifier. Il s'agit d'animaux séchés et dont il faut faire une décoction ; ces animaux appartiennent à la classe des myriapodes et représentent avec quelque variante la *scolopendra morsitans*, ou *scolopendra norreda* (ordre des *chélopodes*). Cet insecte, dont on trouve un diminutif en Provence, est,

comme on le sait, armé d'une paire de forcipules en rapport avec un appareil à venin fort redoutable. Leur piqûre est douloureuse et redoutée à l'égal de celle du scorpion, douleur et fièvre en sont la conséquence, et l'on a cité des cas de mort. Le deuxième paquet renferme un tonique excellent et à la fois fébrifuge, l'étiquette porte *Saï Seï tô, il faut sauver la vie* ; ce sont des lézards séchés à prendre en infusion. J'ouvre le *Traité de Zoologie médicale de R. Bauchard*, et j'y lis, tome II, page 729 : « L'ancienne médecine faisait usage des lézards. On choisit, dit Lemèri, les mieux nourris raisonnablement gros, de couleur verte, ils contiennent beaucoup d'huile, ou de sel volatil. Ils sont propres pour digérer, pour resoudre, pour ouvrir les pores, pour for ifier les parties, pour faire croître les cheveux. On ne s'en sert qu'extérieurement. » Ambroise Paré n'écrivait-il pas : « Le lézard vert est ennemi juré et capital du serpent, et grand ami de l'homme » ? Voici maintenant un remède qui s'adresse aux ophtalmies : c'est l'insecte nocturne connu sous le nom peu sympathique de *Blatte*, ou *Cancrelat, blatta lapponica periplaneta orientalis,* le papier qui l'enveloppe ne porte pas d'inscription chinoise. Je rappelle que l'ancienne médecine employait les blattes, infusées dans l'huile ; récemment on les a conseillées comme diurétiques (*Journ. de Thérap.*, 1879-475, et Stan. Martin, *Bulletin gén. de Thérap.*, 30 août 1880. Enfin, l'*hippocampe* ou *cheval de mer* ou *syngrathus* que renferme le dernier pli et sur lequel s'étale a demi effacée une inscription chinoise incompréhensible : *Zioten, champignon, jade, colonne, est*, paraît-il, fort recherché pour guérir les dyspepsies.

Telles sont les curiosités thérapeutiques que je tenais à présenter à la Société de Médecine de Paris. En même temps qu'une excursion dans cet Extrême-Orient, si mystérieux encore, elles nous font faire un retour vers notre passé thérapeutique, c'était le temps où le bon Paré exposait que « les bêtes ont certaines amitiés et inimitiés, non seulement restant en vie, mais aussi après leur mort ; par une occulte et secrète propriété ». C'est le règne des remèdes, et des simples. Nous vivons aujourd'hui sous celui des alcaloïdes et des synthèses de laboratoire, nous avons foi dans les triméthyl, para-sulfo benzométhyl, etc. Mais nous ne devons pas oublier que nos anciens croyaient non moins ardemment à la vertu des vipères comme les Chinois croient aujourd'hui à l'efficacité des cancrelats. (*Gazette médicale belge*) D[r] JULIEN.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

FORMULES

II. — Contre la teigne tondante.

Frictions journalières avec oléate de mercure à 5 0/0, sans enlever les croûtes qui se forment. Après deux semaines, après avoir enlevé les croûtes, appliquer :

Acide borique.	6 grammes.
Paraffine.	10 —
Vaseline.	20 —

(Pagne.)

III. — Dans la diathèse urique.

Citrate de lithium.	5 grammes.
Acide citrique.	5 —
Sirop de citron.	30 —
Eau distillée.	125 —

De deux à quatre cuillerées à soupe par jour. (Peeters.)

IV. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections.

Acide cinnamique finement pulvérisé.	5 grammes.
Huile d'amandes douces.	10 —
Sel marin en solution (à 0,7 0/0). .	Q. S.
Jaune d'œuf.	n° 1.

Pour faire une émulsion de 100 grammes.

(Landerer (de Stuttgard), in *Presse méd.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 juin au samedi 1[er] juillet 1899, les naissances ont été au nombre de 1105, se décomposant ainsi : Sexe *masculin* : légitimes, 403, illégitimes, 124. Total, 527. — Sexe *féminin* : légitimes, 405, illégitimes 173. Total, 578.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 25 juin au samedi 1[er] juillet 1899, les décès ont été au nombre de 857, savoir : 440 hommes et 417 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 4. T. 11. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 11, F. 7. T. 18. — Scarlatine : M. 5, F. 7, T. 12. — Coqueluche : M. 3, F. 6, T. 9. — Diphtérie. Croup : M. 3. F. 3, T. 6. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 104. F. 82, T. 186 — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 13, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 9, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 36, T. 59. — Méningite simple : M. 17, F. 13, T. 30. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 25, F. 24, T. 49. — Paralysie, M. 3, F. 4, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 18, F. 22, T. 40. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 5, T. 7. — Bronchite chronique : M. 4, F. 5, T. 9. — Broncho-pneumonie : M. 14, F. 9, T. 23. — Pneumonie : M 16, F. 16, T. 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M 13, F. 21, T. 34. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 19, T. 36. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 3, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale, M. 9, F. 8, T. 17. — Sénilité : M. 10, F. 10, T. 20. — Suicides : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres morts violentes : M. 12, F. 5, T. 20. — Autres causes de mort : M. 76, F. 57, T. 133. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 4, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : Sexe *masculin* : légitimes, 25, illégitimes, 13. Total : 38. — Sexe *féminin* : légitimes, 14, illégitimes, 11. Total : 25.

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-99. — Les mémoires doivent être déposés au secrétariat, avant le 15 octobre, sans nom d'auteur, avec une devise. — *Prix Corvisart* (médaille de vermeil et 400 fr.). Question : « De la péritonite des cirrhotiques ». — *Prix Montyon* (700 fr.). A l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir. — *Prix Barbier* (2.000 fr.). A la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. — *Prix Châteauvillard* (2.000 fr.). Au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1[er] janvier au 31 décembre de l'année précédente. — *Legs du baron de Trémont* (1.000 fr.). En faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1[er] septembre de chaque année, au secrétariat. Ils devront produire : 1° une demande ; 2° les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille. — *Donation Faucher* (1.000 fr.). Destiné à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais. Déposer au secrétariat de la Faculté, avant le 1[er] septembre : 1° une demande ; 2° toutes pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille ; 3° un document authentique établissant la nationalité française ou polonaise. — *Prix Lacaze* (10.000 fr.). Aux termes du testament de M. le D[r] Lacaze, au meilleur ouvrage sur la « phtisie » et sur la « fièvre typhoïde » (alternativement). A la fin de l'année de 1900, il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la « phtisie ». — *Legs Jeunesse* (1 500 fr.). Au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène ; 750 francs au meilleur ouvrage relatif à l'histologie. En 1899, les deux prix seront attribués. — *Prix J. Saintour* (3.000 fr.). Question : « De l'insuffisance hépatique ». — *Prix Béhier* (1.800 fr.) Question : « Des hémorragies des muqueuses et de la peau dans les maladies du foie ». — *Prix Charles Legroux* (300 fr.). Au meilleur travail sur le « diabète, ses causes et son traitement ». Ce prix sera attribué en 1902. — *Legs Barkow* (3.000 fr.). Pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Faire la demande avant le 1[er] septembre. — *Legs Pellerin*. Même but ; même condition ; en outre, appartenir à une famille domiciliée à Paris depuis cinq ans au moins.

Prix de thèses. — Sont seules admises au concours, les thèses ayant obtenu les notes « extrêmement satisfait » et « très satisfait ».

Bourses de la Faculté. Pour les bourses du doctorat en médecine, les bourses municipales, les bourses d'études, de voyage, la gratuité, les exonérations, se renseigner au secrétariat de la Faculté.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE PROFESSIONNELLE ET DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE EN 1900 A PARIS. — M. le Pr GRASSET (de Montpellier), chargé de présenter à ce Congrès un rapport sur la *Déontologie médicale*, serait heureux de recevoir de ses confrères, des syndicats et des diverses sociétés médicales de France et de l'étranger, leurs avis, conseils et tous renseignements pouvant l'aider à rédiger le rapport, destiné à servir de thème aux délibérations du Congrès. Pour être utilisés, ces documents devront parvenir à M. le Pr Grasset (6, rue J.-J. Rousseau, Montpellier), avant le 1er septembre 1899.

CONFÉRENCES D'HISTOLOGIE. — M. le Dr J. JOLLY commencera le samedi 14 octobre au laboratoire d'histologie du Collège de France, une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen, et les maladies du sang, avec applications au diagnostic clinique et à la médecine légale. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 h., et dureront un mois. — On peut s'inscrire tous les jours, l'après-midi, au laboratoire d'histologie du Collège de France (Annexe), rue des Ecoles.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1900, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — L'ouverture du Concours pour l'externat aura lieu le mardi 17 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le vendredi 1er septembre jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

Concours pour les prix à décerner en 1899 aux élèves externes en Médecine des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élève interne vacantes le 1er mars 1900. — L'ouverture du Concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 16 octobre, à midi précis. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Les Elèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le vendredi 1er septembre jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

CONCOURS POUR DES EMPLOIS DE PROFESSEUR ET DE PROSECTEUR DANS LES ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Des concours s'ouvriront à Toulon, le vendredi 15 septembre prochain : 1° Pour l'emploi de professeur d'anatomie, en vue du remplacement, à l'école de Brest, de M. le docteur Vergos, qui terminera le 18 octobre prochain les cinq années réglementaires d'enseignement. 2° Pour l'emploi de professeur de petite chirurgie et de séméiologie médicale, en vue du remplacement, à l'école de Toulon, de M. le Dr Boutin, qui atteindra, le 10 octobre prochain, cinq années d'enseignement. 3° Pour l'emploi de professeur de physique biologique, à l'école de Rochefort, en remplacement de M. le pharmacien principal Bourdon, qui a été maintenu jusqu'à la fin de l'année scolaire dans cette fonction. Les médecins de 1re classe comptant au moins une période régulière de service à la mer ou aux colonies dans leur grade seront seuls admis à se présenter aux deux premiers de ces concours. — Deux concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie s'ouvriront, le premier à Toulon, le 6 octobre, le second à Brest, le 20 octobre prochain, pour le remplacement, à Toulon, de M. le Dr Viguier ; à Brest, de M. le Dr Avérous, qui auront atteint, le 1er novembre prochain, deux années d'enseignement.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. OMBREDANNE et PROUST.

CONCOURS D'ACCOUCHEMENT. — Ce concours s'est terminé par la nomination de M. BRINDEAU.

REPRÉSENTANT DES SYNDICATS MÉDICAUX AU CONSEIL SUPÉRIEUR DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS. — L'élection de ce représentant aura lieu dimanche 9 juillet. Le candidat proposé par l'Union des syndicats est M. le Dr POULIOT (de Poitiers), vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France, président du Syndicat des médecins de la Vienne.

CONCOURS DES CHEFS DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ. — A la suite des Concours de chefs de clinique, ont été nommés : M. Cestan (maladies nerveuses), à la Salpêtrière. M. Riche (chirurgie) et M. Brodier (médecine), à la Charité. M. Gouget (médecine), à la Pitié. M. Michon (voies urinaires), à Necker M. Paquy (obstétrique), à la Maternité Baudelocque. M. Schwaab (obstétrique), à la Clinique Tarnier.

Nos félicitations les plus sincères à notre distingué collaborateur, le Dr Cestan, dont nos lecteurs tout récemment ont pu lire dans le *Progrès médical* les intéressants travaux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de : M. le Dr GINGEOT, médecin des hôpitaux de Paris; — M. le Dr VERDUREAU (de Patay), ancien président du Syndicat médical du Loiret; — M. le Dr HERMANT (de Templeneuve); — M. le Dr HUMBERT (de Nancy).

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. GILLES DE LA TOURETTE. Policlinique sur les maladies du système nerveux le mercredi à 10 h., laboratoire Axenfeld.

CLINIQUE TARNIER, 89, rue d'Assas. — *Clinique obstétricale.* M. le Pr P. BUDIN, mardi et samedi à 9 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux : M. BABINSKI, samedi, 10 h. 1/4. — *Voies urinaires.* — M. le Dr PICQUÉ, chirurgien de la Pitié : consultation spéciale pour les maladies des voies urinaires, le jeudi à 10 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 28. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 JUILLET 1899.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

De la mort apparente du nouveau-né ;

Par Ch. MAYGRIER,
Professeur agrégé, Accoucheur de la Charité (1).

Vous avez pu voir plusieurs accouchements récents se terminer par la naissance d'enfants qui étaient dans cet état qu'on a désigné sous le nom de *mort apparente*. Parmi ces enfants, au nombre de six, quatre ont été ranimés et sont sortis vivants de la Clinique, mais les deux autres ont succombé. En présence de cette série de faits de même catégorie, l'occasion m'a paru favorable pour vous entretenir de la mort apparente des nouveau-nés et de son traitement.

Que faut-il entendre sous ce terme ? Bien des définitions en ont été données. Je me bornerai à vous indiquer celle qui a été formulée par le Dr Demelin (2), dans un intéressant mémoire, qu'il a publié sur ce sujet en 1895, et auquel j'aurai souvent à faire allusion. La voici : « La mort apparente du nouveau-né comprend plusieurs états pathologiques distincts dans lesquels les fonctions et propriétés de la vie sont suspendues ou affaiblies au point de faire croire à la mort, et présentent comme symptômes communs, l'absence du cri, des troubles respiratoires et circulatoires et la résolution musculaire. »

L'enfant qui naît en état de mort apparente peut donc se présenter sous différents aspects. D'une façon générale ces aspects sont au nombre de deux : tantôt il est bleu, violacé, cyanosé, tantôt au contraire, il est blanc, pâle, exsangue. Les anciens avaient donné à ces deux états les nom d'asphyxie bleue et d'asphyxie blanche. Si le premier terme d'asphyxie bleue ou simplement d'*asphyxie* peut être conservé, il n'en est pas de même du second qui est inexact, et qu'on a remplacé avec raison par celui de *syncope*. Toutefois, pour ne rien préjuger de la nature de ces différents états, M. Demelin a adopté les dénominations de *forme bleue* et de *forme blanche* qui sont rigoureusement exactes au point de vue clinique, et c'est sous cette désignation que je les décrirai.

La *forme bleue* la plus commune, seule décrite par tous les auteurs, est l'*asphyxie*. L'enfant naît cyanosé : tout son corps présente une teinte bleuâtre, mais qui prédomine surtout à la face et aux extrémités. Les membres sont dans un état de flaccidité plus ou moins prononcée. Le sphincter anal est relâché, et du méconium s'écoule. Les divers réflexes, guttural, cornéen, palpébral, patellaire sont affaiblis, et dans certains cas même abolis. Le cœur ne cesse pas de battre ; mais ses mouvements sont faibles et amoindris. Du côté des poumons, il y a d'abord de l'apnée; puis, de temps en temps survient une inspiration saccadée. Suivant les cas, les inspirations se rapprochent, se régularisent; le cœur bat plus énergiquement, et l'enfant revient à la vie. Ou bien, et cela a lieu surtout quand les voies aériennes sont obstruées par des glaires, des mucosités, du sang, les mouvements respiratoires s'espacent de plus en plus, les battements du cœur se ralentissent, puis cessent, et l'enfant succombe. On trouve alors à l'autopsie les poumons plus ou moins atélectasiés et des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques.

A côté de cette forme asphyxique, M. Demelin en place deux autres qui se caractérisent aussi par la coloration bleue des téguments : la *congestion méningée* et l'*apoplexie méningée*, celle-ci très grave : toutes deux diffèrent de l'asphyxie par la conservation et même l'exagération des réflexes rotulien et patellaire, par la torpeur plus profonde du nouveau-né. Toutefois, tandis que dans la congestion méningée le rappel à la vie est assez facile, dans l'apoplexie, au contraire, le coma est plus prononcé : l'insufflation ne ramène que momentanément la respiration, qui s'arrête quand on cesse d'insuffler; des convulsions compliquent habituellement la scène et déterminent la mort.

La *forme blanche* de la mort apparente, forme syncopale, est toute différente de la précédente. Ce qui frappe dès l'abord, c'est la pâleur cireuse que présente le nouveau-né. Comme dans le cas précédent, et d'une façon peut-être encore plus accentuée, il est mou, flasque, inerte ; la résolution musculaire est absolue. La circulation est très affaiblie : les bruits du cœur, ralentis, sont souvent à peine perceptibles. Les mouve-

(1) Leçon faite à la Clinique Tarnier, le 8 octobre 1898, et recueillie par le Dr Dubrisay, chef de clinique.

(2) Demelin. — De la mort apparente du nouveau-né, Paris, 1895.

ments respiratoires sont très rares ; l'apnée peut même être complète. Suivant les cas, et surtout suivant le traitement mis en usage, deux alternatives peuvent se produire ; ou bien la respiration se rétablit peu à peu, d'abord saccadée, puis de plus en plus régulière ; le cœur bat plus rapidement et plus fort, les téguments se colorent, et l'enfant revient à la vie. Ou bien, le nouveau-né reste pâle, ne fait pas d'efforts d'inspiration; son cœur bat moins vite et plus faiblement et finit par s'arrêter : la mort a lieu.

Les formes bleue et blanche s'observent d'ordinaire bien tranchées et isolées : il existe cependant quelquefois une forme mixte qui est un mélange des précédentes. C'est ainsi qu'un enfant, né blanc, en état syncopal, peut avoir la trachée et les bronches obstruées par des mucosités ; on essaie de le ranimer et il fait des efforts d'inspiration qui restent infructueux ; il se cyanose alors et devient bleu. La forme blanche s'est transformée alors en forme asphyxique.

Je passe maintenant à nos observations. Les six cas auxquels nous avons eu affaire se rapportent à des enfants nés en état de syncope (forme blanche). Dans le premier, la mère âgée de 21 ans, primipare, était entrée à la Clinique le 27 septembre 1898; le travail se déclara le 29 à minuit; il marcha régulièrement et la dilatation fut complète le 30 à 3 heures de l'après-midi. L'enfant se présentait par le sommet en OIGA. A 4 h. 15, les battements du cœur devenant sourds et irréguliers, et l'expulsion ne se faisant pas, on dut terminer l'accouchement par une application de forceps. L'enfant naquit pâle, inerte, ne criant pas, et ne faisant que quelques rares inspirations; les battements du cœur étaient normaux. Après ligature et section du cordon, on frictionna le nouveau-né avec de l'alcool, on lui fit quelques flagellations, et on retira avec le doigt les mucosités qui encombraient sa bouche et son pharynx ; enfin, on lui administra un bain chaud. Au bout de 5 minutes il était parfaitement ranimé, et criait vigoureusement. J'ajouterai que dans ce cas, il existait à la naissance, autour du cou de l'enfant, deux circulaires lâches qu'il fallut dégager; cette circonstance peut, aussi bien que la lenteur de l'expulsion, expliquer l'état de souffrance du nouveau-né; je vous rappelle en effet que ces circulaires lâches sont dangereux en ce sens que le cordon peut glisser le long de la tête fœtale et être comprimé entre elle et les parois pelviennes ; ce sont ces faits qu'on désigne sous le nom de latérocidence du cordon.

La seconde observation est celle d'une primipare qui accoucha le 27 septembre 1898, à 9 heures du soir, d'une fille de 2.650 grammes, après 93 heures de travail. La femme avait été bien surveillée pendant son accouchement, la période d'expulsion n'avait pas duré trop longtemps, et les battements du cœur fœtal étaient restés constamment bons. Cependant, l'enfant naquit en état de mort apparente, pâle, flasque, inerte, le cœur battant très faiblement. Le cordon formait autour du cou et de la poitrine deux circulaires et on dut le sectionner entre deux pinces avant le dégagement du tronc. On chercha inutilement à ranimer le nouveau-né à l'aide de frictions et de flagellations. On eut alors recours à l'aspiration des mucosités avec l'insufflateur, puis à l'insufflation elle-même. Aussitôt des mouvements respiratoires eurent lieu, de plus en plus forts ; 7 à 8 minutes après sa naissance, l'enfant était ranimé ; sa coloration était devenue rosée et il criait.

Dans le troisième cas, il s'est agi d'une multipare de 35 ans, enceinte pour la 4e fois. Cette femme fut prise d'éclampsie vers le 8e mois de sa grossesse ; elle eut deux attaques, puis elle guérit, et la grossesse continua son cours. Huit jours plus tard survint une hémorragie due à une insertion vicieuse du placenta. Le travail était commencé et le col était largement perméable. M. Dubrisay eut alors recours à l'accouchement méthodiquement rapide. Il put achever assez vite la dilatation du col avec la main, pénétrer dans l'utérus et terminer l'accouchement par la version. Ceci se passait le 28 septembre 1898; il amena au jour une fille de 2.400 grammes présentant 4 circulaires autour du cou. Elle était blanche, flaccide, en état de syncope ; les battements du cœur à peine perceptibles, et les mouvements respiratoires rares et incomplets. Après avoir fait la ligature immédiate du cordon, on fit l'extraction des mucosités accumulées dans l'arrière-gorge avec le doigt et l'insufflateur, et on pratiqua des frictions alcoolisées. L'enfant restant inerte, on l'insuffla en même temps qu'on le réchauffait, et au bout de 15 minutes on put le ranimer : on le plaça quelque temps en couveuse pour achever sa résurrection.

La quatrième observation concerne une femme primipare de 22 ans, entrée à la Clinique le 29 septembre à six heures du soir, en travail depuis midi. L'enfant se présentait par le sommet en OIDP. Le travail marcha régulièrement, et la dilatation était complète vers 11 heures du soir. La rotation n'ayant, à partir de ce moment, aucune tendance à s'effectuer, on tenta à différentes reprises, mais sans y réussir, de la faire avec le doigt. Finalement, on dut recourir au forceps qui fut appliqué en OIDP. L'accouchement était terminé à 3 h. 45 du matin. L'enfant naquit en état syncopal, blanc, flasque, en résolution musculaire presque absolue: aucune inspiration, battements cardiaques très lents. Après ligature immédiate du cordon, et aspiration des mucosités, on fit l'insufflation, et au bout de dix minutes, apparut une première inspiration On dut continuer, et l'enfant ne put être complètement ranimé qu'après 20 minutes. Il respirait, mais ne criait pas, et se plaignait d'une façon continue. On le réchauffa, on le plaça dans une couveuse, en y faisant passer un courant d'oxygène, et ce n'est que le lendemain que cet enfant présenta une coloration normale, et fut tout-à-fait bien portant.

Dans les faits qui précèdent, tous les enfants ont pu être rappelés à la vie. Mais dans les deux derniers, qu'il me reste à vous rapporter, tous les efforts tentés sont restés infructueux, et les deux enfants ont succombé. Voici ces cinquième et sixième observations :

La cinquième a trait à une primipare de 20 ans, chez laquelle je provoquai l'accouchement à 8 mois 1/2, pour un rétrécissement antéro-postérieur du bassin. Le diamètre promonto-pubien minimum était de 8 centim 8. L'accouchement fut provoqué le 25 septembre 1898, à l'aide du ballon Tarnier et de l'écarteur. Le travail dura 72 heures, et au bout de ce temps, l'enfant perdant du méconium, sans que les battements du cœur fussent modifiés, on fit au détroit supérieur une application de forceps, et on amena un garçon de 2.870 grammes, en état de mort apparente, forme syncopale. Après 1 h. 1/2 de soins, frictions, chaleur, insufflations, etc., on parvint à le ranimer, et on le mit en couveuse : mais la respiration se faisait mal, par saccades, incomplètement, et l'enfant ne criait pas. Trois heures après la naissance. il succombait.

La sixième et dernière opération se rapporte à une multipare de 27 ans, entrée à la Clinique le 1er octobre 1898, pour des pertes de sang dues à une insertion vicieuse du placenta. L'hémorragie continuant, on dut

pratiquer l'accouchement méthodiquement rapide et faire la version. Dès le début de l'intervention, l'enfant présentait déjà des signes de souffrance; son cœur ne battait que 60 fois par minute. Malgré la rapidité de l'opération, cet enfant, un garçon de 2.400 grammes, naquit en état de syncope. Tous les soins furent inutiles, frictions, flagellations, aspiration des mucosités, insufflation, tractions rythmées de la langue, injection sous-cutanée de 10 grammes de sérum artificiel. C'est à peine si les narines de l'enfant se dilatèrent à deux ou trois reprises, et s'il fit quelques faibles aspirations. Après une heure de tentatives, il succombait définitivement.

Les six observations que je viens de résumer, montrent bien la forme syncopale de la mort apparente avec ses différents degrés : depuis les cas les plus légers où l'enfant naît simplement *étonné*, comme on dit, pâle et peu vivace, et où il suffit de quelques frictions, de flagellations, de chaleur pour le ranimer, jusqu'à ceux beaucoup plus graves, où la syncope est profonde où il n'existe ni mouvements respiratoires, ni battements du cœur,et où la respiration artificielle longtemps continuée ne suffit pas toujours à provoquer le rappel à la vie.

Le *diagnostic* de la mort apparente du nouveau-né est facile et ne m'arrêtera pas longtemps. Je vous signalerai cependant comme possible, puisqu'elle a été commise, la confusion avec la macération du fœtus. Demelin rapporte en effet qu'une sage-femme insuffla pendant une heure et demie un enfant mort et macéré, le croyant simplement en état de mort apparente. Les caractères de la macération sont trop nets et trop évidents pour que j'insiste davantage.

Plus intéressant à faire est le diagnostic entre la mort apparente et la mort réelle. En face d'un enfant pâle, inerte, sans mouvements respiratoires ni battements cardiaques, on peut croire à une mort définitive, alors que la vie n'est pas éteinte. Le cœur peut en effet continuer à battre si faiblement, que ses contractions fibrillaires sont à peine perceptibles, même à l'auscultation. Dans les cas douteux, Tarnier conseillait de recourir au moyen suivant, très simple et très précieux. Il plaçait une goutte d'eau sur la région précordiale du nouveau-né, et l'examinait soigneusement à jour frisant. S'il existe le moindre frémissement cardiaque, la goutte d'eau est animée d'un tremblottement très visible ; sinon, elle reste immobile. Il faut en outre rechercher avec soin les réflexes plantaire, rotulien, cornéen. En un mot, il ne faut jamais croire trop vite à la mort réelle d'un nouveau-né. Il existe des exemples nombreux d'enfants laissés pour morts et qui, au bout d'un certain temps, sont revenus spontanément à la vie. Dans le cas où vous aurez le moindre doute, prodiguez donc à cet enfant tous les soins qu'on donne en cas de mort apparente.

Enfin, vous aurez à établir le diagnostic entre la forme bleue et la forme syncopale. Tout ce que je vous ai déjà dit à l'égard de chacune de ces formes suffit pour que je n'aie pas à y revenir.

En ce qui concerne l'*anatomie pathologique*, je me bornerai à vous rappeler les principales lésions rencontrées à l'autopsie des enfants qui n'ont pu être ranimés. Dans la forme bleue, on trouve des lésions d'asphyxie, des ecchymoses sous-pleurales, sous-péricardiaques, des œdèmes, des congestions et même des hémorragies dans les poumons, le foie, les méninges : les hémorragies méningées ne sont pas rares. Tout autres sont les altérations nécroscopiques de la forme blanche. Si la syncope a été traumatique, c'est-à-dire consécutive à une opération telle qu'une application de forceps pénible, une extraction difficile, on trouve parfois des lésions graves des centres nerveux, compression, contusion, hémorragies, dues à des enfoncements, à des fêlures, à des fractures du crâne. On trouve parfois aussi des lésions des organes splanchniques, des foyers hémorragiques dans les poumons, le foie, dans les séreuses, le péricarde, la plèvre, le péritoine, des déchirures des veines du cou. Si la syncope a été hémorragique, consécutive à une hémorragie fœtale, à une rupture du cordon, par exemple, les lésions sont nulles et consistent simplement en une anémie profonde de tous les organes, comme de l'enveloppe cutanée.

Comment peut-on interpréter la *pathogénie* de la mort apparente du nouveau-né ? Il faut d'abord se rappeler que physiologiquement il est bien établi que des mouvements thoraciques, faibles il est vrai, se produisent chez le fœtus pendant la vie intra-utérine. Sans vouloir en discuter la cause, je me bornerai à vous dire que, dans les conditions normales, une partie du liquide amniotique pénètre dans le pharynx, et jusqu'à l'entrée des voies aériennes, mais sans aller plus loin. Puis, au moment du travail, lorsque les membranes sont rompues, l'air lui-même peut arriver jusqu'à la muqueuse respiratoire et déterminer le *vagissement utérin*, que j'ai pour ma part entendu deux fois. Mais en réalité le premier mouvement respiratoire complet, le premier cri ne se produit qu'à la naissance; que cette première respiration soit due à l'excitation du bulbe par du sang chargé d'acide carbonique à cause de la gêne momentanée de la circulation utéro-placentaire, ou bien à une excitation partie de la muqueuse des voies aériennes, ou enfin à une excitation venue de la peau lorsqu'elle subit le contact de l'air extérieur.

Or, il peut se faire que, sous l'influence de certaines circonstances qui toutes ont pour résultat de troubler profondément la circulation fœto-placentaire, le centre respiratoire du fœtus soit fortement excité par du sang chargé d'acide carbonique. Ce centre réagit, et le fœtus se met à respirer *in utero*. Il déglutit alors, non de l'air, mais du liquide amniotique, du sang, des glaires, voire du méconium qui encombrent ses voies respiratoires et déterminent une asphyxie mécanique. Il peut se faire également que les troubles circulatoires soient tels que l'oxygénation diminue graduellement, et que le centre respiratoire non plus excité, mais surpris, annihilé, ne réagisse pas. Dans les deux cas, le nouveau-né naît en état de *mort apparente*.

Quant à la pathogénie des différentes formes, je serai bref. Les anciens croyaient que l'asphyxie bleue et l'asphyxie blanche n'étaient que des degrés différents d'un même état. Actuellement, il est admis que l'*asphyxie* bleue est le plus souvent le fait de l'obstruction des voies aériennes, comme je vous l'ai précédemment indiqué. La syncope, au contraire, dans laquelle on peut trouver aussi les voies aériennes plus ou moins encombrées de mucosités, se produirait surtout par suite de commotion ou de compression des centres nerveux et de paralysie bulbaire, dans le cas d'accouchements laborieux ou de traumatismes obstétricaux.

La *fréquence* de la mort apparente du nouveau-né est évaluée par Demelin à 3 0/0. L'*étiologie* est facile à déduire de la pathogénie. La forme bleue succède à des troubles profonds de la circulation fœtoplacentaire. Elle reconnait donc pour causes les décollements prématurés du placenta, les hémorragies

maternelles, la compression du cordon... La forme blanche ou syncopale est, d'après Demelin, hémorragique ou traumatique. Dans le premier cas, elle reconnaît pour causes les hémorragies fœtales, succédant à une déchirure du placenta ou du cordon, à une rupture d'un vaisseau ombilical dans le cas d'insertion vélamenteuse. Dans le second cas, les causes de la syncope sont des applications pénibles de forceps, une extraction de siège, ou une version difficile; dans ces deux derniers cas surtout, le séjour prolongé de la tête dernière dans les parties génitales est une cause fréquente de syncope. Le *pronostic* est variable, grave surtout dans la forme blanche. Le nouveau-né est plus facile à ranimer dans la forme bleue.

J'arrive au *traitement* qui présente une importance capitale. Il existe d'abord un traitement prophylactique qui consiste à surveiller avec soin les enfants pendant le travail, à consulter fréquemment les battements de leur cœur, et à se tenir prêt à activer et à terminer l'accouchement dans le cas de souffrance du fœtus, souffrance qui se traduit par le ralentissement et l'irrégularité des battements du cœur, et par la perte du méconium. Malheureusement, dans bien des cas, soit que l'état de souffrance de l'enfant ait été méconnu, et qu'on intervienne trop tard, soit que l'intervention elle-même ne puisse se faire assez rapidement, ou qu'elle exige beaucoup de peine et d'efforts, l'enfant naît en état de mort apparente. Quels sont alors les moyens à employer pour le rappeler à la vie? En principe, on doit se proposer d'exciter la respiration, de favoriser la circulation, de relever l'état général, et pour cela on se comporte différemment dans l'asphyxie et dans la syncope.

I. Voyons d'abord quel est le traitement de l'asphyxie. On doit commencer par exciter la respiration. Il suffit souvent de frictionner l'enfant avec un peu d'alcool, de le flageller sur diverses parties du corps, d'extraire avec le doigt les mucosités qu'il a dans la bouche et dans le pharynx, d'exciter le réflexe nasal avec les barbes d'une plume d'oie introduite dans les narines, pour le voir renaître à la vie. Quand l'enfant est bleu, à quel moment doit-on lier le cordon? Les anciens recommandaient de faire la section immédiate, puis de faire une saignée du cordon, c'est-à-dire de laisser couler une ou deux cuillerées de sang. Ils pensaient ainsi faire cesser la congestion qui existait selon eux dans l'encéphale et les poumons. Or, ainsi que l'a très bien démontré Budin en 1875, c'est là une pratique illogique et dangereuse. Il ne saurait être question de congestion pulmonaire, les poumons n'ayant pas respiré, et étant atélectasiés. Sectionner le cordon aussitôt après la naissance, c'est priver le nouveau-né de 92 grammes de sang qui lui viennent du placenta tant que le cordon continue à battre (Budin); faire en outre une saignée du cordon, c'est lui retirer 30 à 40 gr. de sang, en tout 130 grammes de sang environ. Or, ce chiffre correspond, chez un adulte de poids moyen, à une saignée de près de 2 kilogrammes! Il faut donc se garder de faire une ligature immédiate, mais au contraire essayer de faire respirer l'enfant et de favoriser sa circulation par les moyens que je vous ai indiqués.

Cependant, dans certains cas très graves, particulièrement dans la forme bleue due à la congestion et à l'apoplexie méningée de Demelin, malheureusement assez difficiles à diagnostiquer, on pourrait faire la ligature immédiate du cordon et emporter l'enfant pour le soigner plus efficacement que lorsqu'il est encore entre les jambes de sa mère. On aura alors recours aux bains chauds et surtout à la respiration artificielle dont je vous reparlerai. Demelin conseille même de laisser couler un peu de sang par le cordon dans les cas de congestion et surtout d'apoplexie méningée, quand le diagnostic de ces formes est certain.

Lorsqu'on a affaire à la forme syncopale, la conduite à tenir n'est plus tout à fait la même. Si la syncope est légère, si en interrogeant le cordon on y sent des battements forts et bien frappés, on peut à la rigueur attendre pour lier le cordon, et mettre en pratique tous les petits moyens, frictions, flagellations, extraction des mucosités, etc., que je vous ai recommandés pour provoquer l'acte respiratoire. Mais le plus souvent, il vaut mieux, la syncope étant trop profonde, lier immédiatement le cordon qui ne bat plus, et transporter l'enfant dans un endroit approprié, sur une crèche, sur une table recouverte d'un oreiller, et lui donner des soins énergiques. On l'enveloppera de linges chauds, on recourra aux moyens déjà indiqués, on le plongera dans un bain chaud en laissant à découvert le creux épigastrique sur lequel on fera tomber un filet d'eau froide, etc. Mais il ne faut pas perdre de temps, et si l'enfant ne revient pas à la vie, on doit recourir sans tarder à la respiration artificielle.

Celle-ci peut être pratiquée de plusieurs manières, soit en imprimant des mouvements au thorax, soit en faisant pénétrer directement de l'air dans les poumons, par insufflation. L'une des méthodes les plus anciennes pour provoquer mécaniquement la respiration est celle de Silvester qui date de 1858. Elle consiste, l'enfant étant couché sur le dos, les épaules élevées, à saisir les bras au-dessus du coude, à les élever d'abord sur les côtés de la tête (mouvement d'inspiration), puis à les abaisser le long du corps en comprimant le thorax (mouvement d'expiration).

Un autre procédé, très employé en Allemagne, est la manœuvre de Schultze. L'opérateur saisit l'enfant par les épaules et le suspend entre ses jambes de façon à avoir son dos tourné vers lui. Ses index sont placés en crochet sous les aisselles du nouveau-né, d'arrière en avant, ses pouces reposant sur les épaules et la partie antéro-supérieure du thorax; les trois derniers doigts de chaque main sont étendus en bas et en dedans et appliqués sur le dos. L'enfant est ainsi en position d'inspiration. L'accoucheur le lance alors en avant et en haut; mais il ralentit ce mouvement quand il est arrivé à la hauteur de ses bras, et il oblige le corps du fœtus à faire une culbute vers lui, par une flexion de la colonne vertébrale, en sorte que tout le poids de l'enfant va reposer maintenant sur ses pouces, et que les organes abdominaux vont comprimer le diaphragme (position d'expiration). L'enfant est ensuite rejeté en bas, et on recommence ainsi ces oscillations ou balancements 10 à 12 fois par minute. La manœuvre préconisée par Schultze est assez difficile à bien faire quand on n'en a pas une habitude spéciale. Elle est en outre passible de certaines critiques et d'inconvénients que le temps m'oblige à passer sous silence. Elle est d'ailleurs fort peu employée en France où l'on a presque exclusivement recours à l'insufflation. L'insufflation peut être pratiquée de *bouche à bouche* ou à l'aide d'*insufflateurs*. Pour faire l'insufflation de bouche en bouche, l'enfant étant étendu sur le dos, le cou relevé par un rouleau de linge, on recouvre sa face d'un mouchoir, puis on lui souffle de l'air dans la bouche, en ayant soin de lui pincer les narines pour que l'air ne puisse ressortir par les fosses nasales. On fait ainsi entrer dans les voies aériennes une certaine quantité d'air expiré, mais non pas la

totalité d'une expiration, afin d'éviter une distension trop brusque des alvéoles pulmonaires, et aussi pour ne pas faire pénétrer un air trop chargé d'acide carbonique comme il l'est à la fin de l'expiration. On fait ainsi 15 insufflations par minute environ, et entre chacune d'elles, on appuie doucement sur le thorax pour en chasser l'air. A ce procédé simple on peut cependant faire quelques reproches, dont le plus grave est de refouler les mucosités et les glaires dans l'arbre aérien au lieu de les en retirer.

Il est donc préférable de se servir d'un insufflateur. D'anciens accoucheurs, Levret, par exemple, employaient une sonde de femme. Mais c'est Chaussier (1806) qui, le premier, inventa un tube spécial qui porte son nom. Le tube laryngien de Chaussier est recourbé à l'une de ses extrémités qui est percée de deux ouvertures latérales et doit être introduit dans le larynx. Ce tube a été modifié par Depaul qui a terminé l'instrument par une ouverture unique. L'insufflateur de Depaul a été seul en usage pendant longtemps. Ribemont-Dessaignes lui a fait subir des modifications heureuses, et dans ces derniers temps, M. Olivier s'est efforcé de perfectionner encore l'instrument de Ribemont. Ces insufflateurs sont actuellement couramment employés. Sans vous décrire en détail l'insufflateur de Ribemont, dont vous nous voyez nous servir journellement, je vous rappellerai qu'il présente une courbure qui lui permet de s'adapter facilement à la concavité de la voûte palatine, et que sa portion laryngienne est cylindro-conique, de façon à boucher le larynx et à empêcher l'air insufflé de revenir dans le pharynx. Pour faire pénétrer l'insufflateur dans le larynx il faut préalablement introduire l'index gauche dans la bouche de l'enfant, aller jusqu'au fond du pharynx, reconnaître le petit chapiteau constitué par l'ouverture supérieure du larynx et appuyer l'extrémité de ce doigt sur les deux petites saillies formées par les cartilages aryténoïdes. C'est sur le doigt ainsi placé qu'on guide l'insufflateur dont l'extrémité s'enfonce dans le larynx en avant des aryténoïdes. Une fois l'instrument placé, la première chose à faire est d'aspirer le sang et les mucosités qui occupent le larynx et la trachée, où elles sont parfois très adhérentes, de retirer l'instrument et de les en expulser. Quand on s'est assuré qu'il n'y a plus de matières étrangères dans le conduit laryngo-trachéal, on souffle de l'air dans le tube replacé, soit avec la bouche, soit avec une poire en caoutchouc adaptée par Ribemont à son instrument. On fera 15 à 20 insufflations par minute, et on comprimera, comme je vous l'ai dit, modérément la poitrine dans leur intervalle.

Combien de temps doit-on continuer l'insufflation? Il n'y a pas à cet égard de règles précises, et l'on est quelquefois obligé de persister pendant une heure et plus. On doit, en effet, se baser sur les battements du cœur. Tant qu'ils subsistent, et surtout quand ils deviennent plus forts, plus rapprochés, on doit continuer. Une première inspiration ne tarde pas à se montrer, puis une autre, au bout de quelques instants. Bientôt, elles se rapprochent; en même temps la coloration de la face et du tronc devient rosée; enfin l'enfant crie; il est complètement ranimé. Lorsqu'au contraire, le cœur bat faiblement, et que peu à peu les battements s'espacent et finissent par disparaitre, il est inutile d'insuffler davantage. La mort réelle a fait place à la mort apparente.

Dans ces dernières années M. Laborde s'est fait le défenseur éloquent de la méthode des tractions rythmées de la langue pour rappeler les nouveau-nés à la vie. Cette méthode consiste à saisir la pointe de la langue avec les doigts nus ou enveloppés d'un linge ou avec une pince spéciale, et à attirer avec force la langue au dehors. Cette traction est suivie de relâchement, et on recommence ainsi 15 fois environ par minute. Malgré les nombreux succès rapportés par M. Laborde à l'appui de son procédé, et la préférence qu'il lui donne sur l'insufflation, les accoucheurs sont restés fidèles à l'insufflation.

On peut bien reprocher à celle-ci d'être d'un manuel opératoire délicat; on a pu la voir produire, entre des mains maladroites, des fausses routes et des lésions de la muqueuse laryngée; on a pu observer de l'emphysème à la suite d'une insufflation trop violente, etc. Ces faits sont rares, et dus à de simples fautes dans la technique opératoire. Il n'en est pas moins vrai que cette méthode bien exécutée a fait ses preuves, et qu'elle a sauvé la vie à des milliers de nouveau-nés.

Indépendamment de certaines difficultés qu'on peut éprouver à exercer des tractions sur une langue aussi petite que celle d'un nouveau-né, des échecs ont été observés. Dans une discussion qui eut lieu à l'Académie de Médecine en 1893, les professeurs Tarnier et Pinard ont rapporté des observations où les tractions rythmées étaient restées infructueuses entre leurs mains.

En 1895, dans une nouvelle discussion, les accoucheurs se sont de nouveau prononcés à l'Académie en faveur de l'insufflation. Pour ma part, je suis, avec le professeur Tarnier et la plupart de mes collègues, partisan de l'insufflation, sans nier les bons résultats qu'on peut obtenir avec le procédé de M. Laborde; mais j'ai moi-même échoué plusieurs fois avec les tractions et j'ai réussi ensuite avec l'insufflateur.

La conclusion est que la méthode des tractions de la langue est un bon moyen à ajouter à ceux que nous avons déjà à notre disposition pour ranimer les enfants, mais qu'elle est loin d'être infaillible, et qu'il faut se garder de renoncer à l'insufflation, qui semble bien devoir rester le meilleur et le plus sûr agent de rappel à la vie, dans les cas graves.

En terminant, j'appelle votre attention sur un dernier point. Il est bien des cas où l'on voit, chez des enfants ranimés, la respiration et la circulation s'établir si régulièrement, qu'on peut les considérer comme tout-à-fait hors de danger. Mais il n'en n'est pas toujours ainsi, et il faut surveiller avec sollicitude les nouveau-nés rappelés à la vie. Il en est en effet chez qui la respiration se fait mal, par saccades, qui poussent des cris plaintifs, et si on les abandonne à eux-mêmes, ils sont parfois pris de cyanose, de syncopes, de convulsions et ils peuvent succomber. Pour eux tout n'est pas fini parce qu'on a réussi à provoquer des mouvements respiratoires. Il est nécessaire de les entourer de soins consécutifs. La couveuse, les inhalations d'oxygène, les piqûres de sérum artificiel, etc., achèveront la résurrection commencée par l'insufflation. Vous sauverez ainsi des enfants qui n'avaient pu être ranimés qu'imparfaitement et dont la survie paraissait douteuse.

Don du Pr Laboulbène. — Suivant le désir exprimé par son mari, le Dr Alexandre Laboulbène, en son vivant professeur à la Faculté de Médecine de Paris et ancien président de l'Académie de Médecine, la veuve de ce savant vient de faire don au Muséum d'histoire naturelle de la précieuse collection entomologique réunie par M. Léon Dufour et par lui-même. (*Le Temps* du 30 juin.)

Faculté de Médecine de Bordeaux. — MM. les Drs Guillot (chirurgie infantile); Victor Picot (ophtalmologie), sont nommés chefs de clinique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'enseignement de la médecine tropicale.

La presse médicale a déjà signalé à plusieurs reprises les innovations importantes qui viennent d'être réalisées en Grande-Bretagne, en ce qui concerne l'enseignement de la médecine tropicale. Ce pays, dont l'empire colonial est le plus vaste du monde, ne pouvait manquer de constater qu'il ne suffit point d'étudier et connaître les maladies indigènes, mais que, à notre époque où les entreprises coloniales, les expéditions lointaines, les transactions commerciales deviennent chaque jour plus étendues, il est nécessaire de donner à l'étude des maladies exotiques toute l'importance qu'elles méritent, en instituant pour elles un enseignement nouveau dans les Universités déjà existantes, ou même en créant des écoles spéciales en vue de cet enseignement.

Sous l'impulsion éclairée du Dr Patrick Manson, le célèbre parasitologue anglais, il s'est constitué l'an dernier à Londres une école nouvelle, la *London School of tropical medicine*, pour laquelle on a fait grandement les choses. M. Joseph Chamberlain, secrétaire d'Etat pour les Colonies, s'est mis à la tête d'une commission constituée par la *Seamen's Hospital Society* et, grâce à ce haut patronage, l'Ecole est entrée promptement en voie de création.

Elle est installée au *Branch Hospital*, Victoria and Albert Docks, dans Canning town, à vingt minutes du centre de Londres. Elle occupe un bâtiment neuf, qui comprend des salles de cours, des laboratoires, des salles de collections, etc. L'hôpital voisin contient 50 lits; le navire-hôpital *Dreadnought*, ancré dans la Tamise à Greenwich, renferme 225 lits; c'est donc un total de 275 lits qui se trouvent mis à la disposition des malades revenant des colonies et susceptibles de servir à l'instruction des élèves. De plus, deux dispensaires, sortes de policliniques, sont ouverts aux malades libres dans l'East India dock road, à Londres, et à Gravesend, Kent. L'installation matérielle et hospitalière ne laisse donc rien à désirer.

Les cours sont organisés de telle sorte, que les étudiants restent à l'école aussi peu de temps que possible. Ceux-ci se recrutent, en effet, parmi des médecins qui pratiquent déjà leur art et dont les loisirs sont restreints, ou bien parmi les étudiants de cinquième année, que d'autres occupations peuvent appeler dans les Universités.

Il y a trois sessions par an et chacune d'elles dure seulement trois mois : du 1er octobre au 31 décembre, du 15 janvier au 14 avril et du 1er mai au 31 juillet. L'inscription coûte 38 francs pour une semaine, 290 fr. pour un cours de huit semaines et 508 fr. 75 pour le cours complet de trois mois. Un certificat d'études est délivré à ceux qui ont suivi le cours complet et qui ont passé avec succès un examen de sortie.

L'instruction systématique envisage sous toutes leurs faces les multiples questions relatives à la pathologie et à l'hygiène tropicales. Les exercices pratiques sont variés de telle manière, que les étudiants se familiarisent de la façon la plus complète avec les méthodes d'examen à l'état frais, de préparations au moyen des divers réactifs, de fixation et de conservation, non seulement du sang, de l'urine et autres déjections, mais encore des différents tissus et organes. Pour le sang, par exemple, on leur apprend à déterminer le pouvoir colorimétrique, le nombre des globules, le poids spécifique, la coagulabilité. Ces notions acquises, on passe à l'étude des Hématozoaires et il va sans dire que celui du paludisme occupe la première place.

J'ai sous les yeux le programme des cours qui traitent de cet important parasite; on doit vraiment admirer l'esprit pratique qui a présidé à son élaboration. L'auteur de ce programme a bien compris que la plupart des questions relatives à la parasitologie humaine seraient arides et sans portée générale, si l'on s'en tenait exclusivement à la connaissance des parasites de l'homme et à celle des états morbides qu'ils déterminent. Aussi, à la suite des nombreuses leçons concernant le paludisme et son Hématozoaire, a-t-il eu soin d'en réserver une pour l'étude des formes parasitaires analogues, qui s'observent chez les animaux : c'est ainsi qu'il passe successivement en revue les *Halteridium* des Oiseaux, les Trypanosomes de la Grenouille, le *Piroplasma bigeminum* qui, chez le Bœuf, cause la fièvre du Texas et ce Trypanosome singulier que la fameuse Mouche Tsétsé inocule aux animaux, tels que le Bœuf et le Cheval, que l'européen tente d'entraîner à sa suite dans les régions de l'Afrique équatoriale. On ne saurait trop louer un pareil enseignement.

Je n'entrerai pas dans le détail de cet intéressant programme, mais je tiens à dire qu'aucune des questions qui touchent de près ou de loin à la parasitologie n'y est laissée de côté. Un bon nombre de maladies apparemment infectieuses ou parasitaires, mais dont l'agent pathogène reste encore inconnu, sont également étudiées, comme le béribéri, le coup de chaleur, la névrite endémique tropicale, la rectite gangréneuse, les yaws, le goundou, l'aïnhum, etc. Nous ignorons la cause de ces états morbides : raison de plus pour attirer sur eux l'attention de médecins destinés à vivre aux colonies et pour leur signaler avec insistance les points encore obscurs dont la solution dépend peut-être de leurs investigations.

Il va sans dire que les étudiants reçoivent aussi un enseignement très complet en ce qui concerne les conditions de la vie dans les climats chauds, tant au point de vue des individus et de leur acclimatement qu'à celui de la connaissance générale des eaux, du sol, de la nourriture, de l'hygiène des villes et des plantations, etc.

Je crois en avoir dit assez pour faire comprendre toute l'importance de la nouvelle Ecole qui, voilà moins d'un an, n'était encore qu'à l'état de projet et qui est inaugurée déjà depuis plus de deux mois. Le mercredi 10 mai, le banquet d'inauguration avait lieu sous la présidence de M. Chamberlain. A l'occasion de cette cérémonie, on avait fait appel à la générosité de ceux qui s'intéressent aux questions coloniales, afin de recueillir en faveur de l'Ecole les sommes nécessaires à son fonctionnement. On rassembla ainsi une somme de 395.000 francs et sir Henry Burdett promit de verser

pendant trois années consécutives une somme de 7.500 francs pour donner des bourses de voyage aux élèves les plus méritants. J'ajoute que le gouvernement belge a promis également une souscription annuelle, vraisemblablement dans le but de former des officiers sanitaires pour le Congo.

Voilà donc sur quel pied fonctionnera l'Ecole de Médecine tropicale, qui doit ouvrir ses portes à la première série d'élèves le lundi 2 octobre prochain. Depuis deux mois, elle a sans aucun doute continué de recueillir des sommes considérables, car on sait que tous les établissements d'enseignement supérieur sont, en Angleterre, des institutions privées, qui ne reçoivent rien de l'Etat, mais pour la prospérité et l'accroissement desquels les Anglais donnent sans compter.

Pendant que cette Ecole se créait à Londres, d'autres villes de Grande-Bretagne suivaient cet exemple et instituaient aussi un enseignement similaire.

Dans une lettre en date du 9 novembre 1898, publiée dans les journaux de Londres, M. Chamberlain faisait ressortir « les facilités exceptionnelles pour l'étude des maladies tropicales » que présente l'École de Médecine de Liverpool, eu égard aux relations commerciales de cette ville avec les contrées de l'Afrique occidentale et avec les autres régions tropicales. Ce fut un trait de lumière pour M. Alfred L. Jones, notable citoyen de Liverpool, qui fit don d'une rente annuelle de 350 livres (8.750 fr.), représentée par un capital de 10.000 livres (250.000 fr.), pour aider à la fondation d'une École internationale des maladies tropicales. Sur sa proposition, une Commission de 14 membres, comprenant des armateurs, des marchands, des représentants du Royal Southern Hospital et de l'University College, fut constituée à l'effet de réaliser les projets du généreux donateur.

La Commission n'a pas perdu son temps en vains discours, car la *Liverpool School of tropical diseases and animal parasitology* est déjà en plein fonctionnement : elle a été inaugurée le 22 avril dernier, sous la présidence de lord Lister. A cette date, un budget annuel de 1.600 livres (40.000 fr.) lui était déjà assuré et, depuis lors, dans quelle proportion n'a-t-elle pas vu ses ressources s'accroître, grâce à la générosité des amis de la science !

L'Ecole de Liverpool est associée à l'University College et au Royal Southern Hospital. Elle reçoit les médecins diplômés de tous pays et les étudiants de cinquième année. Le programme des cours est à peu près semblable à celui de l'École de Londres; toutefois, on y insiste davantage sur la parasitologie proprement dite. L'examen de sortie, qui est d'ailleurs facultatif, a pour résultat l'obtention d'un certificat relatif soit à la médecine tropicale, soit à la parasitologie animale. Un enseignement spécial est également organisé pour les missionnaires, planteurs, voyageurs, garde-malades. Les cours durent deux mois et se font en trois séries par an : octobre-décembre, janvier-mars, avril-juin.

Une rétribution d'une guinée (26 fr. 25) par semaine est due par les personnes qui viennent à l'École pour y poursuivre des recherches privées. On paie 3 guinées (78 fr. 75) pour suivre le cours réservé aux missionnaires et aux planteurs, 2 guinées (52 fr. 50) pour le cours réservé aux garde-malades et 10 guinées (262 fr. 50) pour le cours général, avec ou sans examen et certificat.

Les cliniques du Royal Southern Hospital sont ouvertes aux étudiants : elles reçoivent journellement des malades revenant des régions tropicales et présentent sans aucun doute le plus bel assemblage de maladies exotiques qui se puisse rencontrer en Europe. Un vaste laboratoire y est annexé ; il est pourvu de tout l'arsenal scientifique moderne et peut servir à l'examen immédiat du sang, des urines, des matières fécales et autres déjections. Les laboratoires Thompson-Yates de pathologie et de physiologie, également bien organisés, sont mis aussi à la disposition des étudiants, de même que les laboratoires de bactériologie, de chimie pathologique, de photographie, le musée pathologique, etc. On doit d'ailleurs construire prochainement des locaux pour la nouvelle Ecole, et vraisemblablement les fondations en sont-elles déjà posées.

De plus, pour perfectionner encore les élèves dans la connaissance des maladies tropicales, on doit organiser des expéditions pour les colonies anglaises de la côte occidentale d'Afrique. La première de ces expéditions, sous la conduite du Dr Ross, quittera l'Europe en août prochain : elle arrivera à Sierra-Leone au plus fort de la saison des fièvres, puis visitera successivement les points les plus malsains de la côte occidentale d'Afrique, pour y étudier les fièvres paludéennes et tropicales.

Le succès de l'Ecole de Liverpool ne saurait faire aucun doute, puisqu'elle s'est attaché comme professeur de maladies tropicales le major Ronald Ross, naguère médecin de l'armée des Indes et bien connu depuis peu de mois par son éclatante découverte des transformations que subit l'Hématozoaire du paludisme dans l'estomac du Moustique. A côté du Dr Ross, la pathologie est enseignée par M. R. Boyce, la zoologie par M. W. A. Herdman, l'hygiène par M. E. W. Hope, la pathologie tropicale par M. E. Annet. L'École comprend donc cinq chaires, sans parler du nombreux personnel du Royal Southern Hospital, qui prend également une part active à l'enseignement.

L'Université d'Aberdeen a créé elle-même un enseignement semblable et l'a confié au Dr Maconachie, ancien principal du Collège médical de Bombay. Les cours ont commencé le 1er mai dernier.

Enfin, l'Université d'Edimbourg a suivi l'exemple des autres villes : elle organise actuellement un cours sur les maladies tropicales, qui consistera en vingt-cinq leçons, avec démonstrations et exercices pratiques, et qui aura lieu deux fois par an.

Un tel courant d'idées devait conduire à la création d'un périodique exclusivement consacré à la pathologie exotique. En effet, MM. J. Cantlie et W. J. Simpson publient depuis bientôt un an, sous le titre de *Journal of tropical medicine*, un organe mensuel dont le rapide succès s'explique par le grand intérêt des travaux qui y sont insérés.

Tandis que l'initiative des Universités ou des amis des entreprises coloniales s'exerçait comme je viens de

le dire, le Gouvernement anglais entrait lui-même résolument dans la voie nouvelle : d'accord avec la Société royale, le Ministère des Colonies a institué une Commission chargée d'étudier le paludisme. A sa tête, a été placé le Dr C. W. Daniels, qu'un long séjour à la Guyane britannique et ses belles études parasitologiques désignaient tout naturellement. Cette Commission doit se rendre succcesivement chez le Pr Golgi, à Pavic, chez le Pr Celli, à Rome, puis en Afrique, à l'effet d'y déterminer les différentes formes cliniques du paludisme et leurs relations possibles avec des Hématozoaires de nature diverse.

On peut donc affirmer que les médecins anglais vont apporter, dans un avenir prochain, de très importantes contributions à l'étude des maladies tropicales en général, et particulièrement des maladies parasitaires qui sévissent dans les régions chaudes du globe.

Certains pays étrangers se préoccupent également de la médecine intertropicale. La Belgique a créé, à l'Université de Liége, une chaire de maladies des pays chauds, qui a été confiée au Pr Firket.

L'Allemagne a chargé le Pr Koch de missions déjà nombreuses : en Egypte et aux Indes, pour étudier le choléra ; dans le Sud de l'Afrique, pour étudier la peste bovine ; et, tout récemment encore, en Italie, pour y faire des recherches sur le paludisme. Les médecins des jeunes colonies allemandes, parmi lesquels il convient de citer en première ligne Plehn, Scheube et Ziemann, nous ont déjà donné d'importants travaux sur les maladies des tropiques. L'*Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene*, qui paraît depuis tantôt trois ans, témoigne également de l'attention que les Allemands consacrent à la médecine des pays chauds. Maintenant que l'Empire allemand vient d'acquérir les Carolines et les Mariannes, cette attention va augmenter encore et certainement le jour n'est pas éloigné où l'on verra créer, soit dans une grande Université comme Berlin ou Leipzig, soit plutôt à Kiel, qui est tout à la fois un grand port et un centre universitaire, une École semblable à celles de Londres et de Liverpool.

Pour l'Italie, Pasquale a tiré un excellent parti de son séjour en Erythrée, et Rho a écrit un livre remarquable sur les maladies des pays chauds. A Rome même, il s'est constitué l'an dernier une Société pour l'étude du paludisme : le premier rapport annuel, signé du Pr Celli, a été publié dans les derniers jours de décembre 1898. Enfin, les Etats-Unis vont, eux-mêmes, participer à ce mouvement : on parle en effet d'instituer à Johns Hopkins University un enseignement de médecine intertropicale, spécialement destiné à faire connaître les maladies de Cuba, de Porto-Rico et des Philippines.

Certes, nous pouvons, en France, revendiquer hautement une part glorieuse dans les progrès accomplis en ces questions nouvelles. Notre Corps de santé de la marine rivalise d'ardeur avec celui des colonies pour élucider tant de questions encore obscures qui se dressent à chaque pas, devant le médecin, dans les contrées tropicales.

Les *Archives de Médecine navale*, qui en sont à leur trente-sixième année d'existence, témoignent du labeur accompli par les médecins de la flotte ; les *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, fondées l'an dernier, nous promettent également une ample moisson de découvertes. Nos médecins maritimes ou coloniaux se montrent ainsi les dignes émules des maîtres qui, dans les écoles spéciales, leur ont enseigné la pathologie exotique.

Cette branche particulière des sciences médicales était, en effet, représentée dans les Ecoles d'application de médecine navale de Brest, de Rochefort et de Toulon ; elle ne l'est plus actuellement qu'à Toulon, où M. le Dr Millou professe en même temps la pathologie exotique et l'hygiène navale. En revanche, M. le Dr Le Dantec, professeur à l'Ecole principale de Médecine navale et coloniale de Bordeaux, où il enseigne l'histologie et la bactériologie, fait en outre une conférence de pathologie exotique à la Faculté de Médecine. Ajoutons que, par un décret en date du 12 juillet 1889, fut créée, à l'Ecole de Médecine d'Alger, une chaire des maladies des pays chauds. Cette chaire fut occupée d'abord, non sans éclat, par M. le Dr A. Treille, actuellement sénateur d'Algérie ; depuis le 3 juin 1897, elle a pour titulaire M. le Pr J. Brault, que ses remarquables travaux désignaient depuis longtemps à l'attention du monde savant.

On me permettra de faire observer ici que les Facultés de Médecine, et notamment celle de Paris, n'ont pas été non plus sans avoir un enseignement de parasitologie. Pendant les années 1883-1892, j'ai fait, en qualité d'agrégé, un cours de zoologie médicale, qui portait presque entièrement sur les maladies parasitaires, en attribuant une importance toute spéciale aux questions de pathologie exotique. Grâce aux nouveaux réglements, l'histoire naturelle médicale, puisque c'est ainsi que s'appelle encore cet enseignement, figure au programme de la troisième année des études médicales : il devient donc possible de spécialiser encore plus l'enseignement de la parasitologie et, grâce aux travaux pratiques et aux démonstrations de laboratoire, de lui donner toute la part capitale qui doit lui revenir dans l'enseignement de la pathologie. Je suis, pour ma part, profondément pénétré de cette nécessité ; la fondation des *Archives de Parasitologie*, à la fin de l'année 1897, est un témoignage non équivoque de mon sentiment à cet égard.

L'impulsion si énergiquement et si soudainement donnée à l'étude de la médecine tropicale dans les pays étrangers ne pouvait laisser indifférentes nos Facultés ou Ecoles de Médecine. Aussi, la ville de Marseille, qui lutte si vaillamment pour la transformation de son Ecole en Faculté, n'a-t-elle pas hésité à entrer résolument dans la voie nouvelle et à créer cinq chaires de médecine tropicale. Ces cinq chaires seront les suivantes : 1° clinique exotique ; 2° bactériologie et pathologie exotiques ; 3° climatologie, hygiène et épidémiologie coloniales ; 4° histoire naturelle coloniale ; 5° matière médicale et bromatologique coloniale. Un tel programme est incontestablement plus complet que celui qui a été adopté à Londres.

Il est juste de dire qu'il ne s'agit point ici de chaires magistrales entraînant des dépenses relativement fortes. On se borne au début à nommer des chargés de cours ;

mais qui ne voit que, la Faculté marseillaise enfin constituée, ces chaires se transformeront tout naturellement en chaires magistrales ?

On ne saurait trop applaudir à une initiative aussi intelligente et aussi hardie ; M. le Pr Heckel, qui a déjà tant fait pour la pathologie, l'hygiène et la botanique des pays chauds, nous permettra de dire ici que c'est à sa seule influence qu'est due cette heureuse innovation. Marseille, en effet, par sa situation privilégiée sur la route de nos colonies d'Extrême-Orient, était de toutes les villes de France la plus apte à devenir le siège d'une grande Ecole médicale consacrée principalement à l'étude de la pathologie exotique. Nous ne doutons pas que sa légitime ambition ne trouve bientôt sa récompense.

D'autres Universités ou Ecoles sont également sur le point de créer des enseignements similaires. On nous assure qu'à Toulouse et à Lyon la Société des Amis de l'Université est disposée à voter les fonds nécessaires pour la fondation d'une chaire consacrée à ces études. A Nantes, un généreux donateur vient de léguer à la ville une somme de deux millions, à charge par elle d'organiser les enseignements divers qui pourraient être utiles aux progrès de la colonisation. L'Ecole de Médecine de Nantes est assez prospère ; elle occupe parmi nos établissements scientifiques une place assez importante ; elle compte des professeurs assez éminents, pour que la Ville la dote, elle aussi, d'une ou plusieurs chaires de médecine exotique.

En France, nous n'avons donc point l'intention de nous laisser devancer, dans cette concurrence pour le progrès scientifique, par nos voisins d'Outre-Manche. Nous avons été les premiers à enseigner la médecine tropicale et, comme on vient de le voir, le nombre des chaires consacrées à son étude va prochainement s'accroître dans une large mesure.

On pourrait croire que toutes les Ecoles françaises ont compris la haute importance de l'évolution qu'est en train de subir cette branche de la médecine. On doit s'attendre à voir au premier rang des innovateurs les Ecoles qui, par leur situation géographique, sont en rapport plus direct avec les pays chauds et où, par conséquent, l'enseignement qui nous occupe a le plus de chances de passer de la théorie à la pratique.

Une tentative dans ce sens a été réalisée à l'Ecole d'Alger. Après de pressantes démarches, M. Brault s'est enfin vu concéder un baraquement avec quelques lits destinés à recueillir les individus atteints de filariose, de bilharziose, de mycétome, de formes graves de paludisme et de tant d'autres maladies parasitaires dont l'étude clinique et expérimentale mérite d'être poursuivie par des spécialistes. Les brillants résultats obtenus en quelques mois par le jeune professeur, les travaux remarquables qu'il a publiés, la grande notoriété qu'il s'est acquise, tout faisait présager que l'Ecole d'Alger, fière de posséder un homme de ce mérite, tiendrait à honneur de favoriser son enseignement en mettant à sa disposition les laboratoires indispensables, en améliorant et en accroissant son service hospitalier.

La ville d'Alger a l'ambition légitime de devenir le siège d'une Université. Quel argument plus convaincant pourrait-elle présenter en faveur de la transformation de son Ecole en Faculté, que de prouver que cette Ecole, attachant moins d'importance aux questions de médecine générale, dans lesquelles elle ne saurait prétendre à la suprématie, s'est adaptée au milieu, pour ainsi dire, et a acquis une originalité propre dans l'étude des maladies des pays chauds ? Ces maladies ne manquent pas en Algérie ; on peut les observer jusque dans la région littorale, mais surtout dans la région saharienne ou même en Kabylie, comme le démontrent les intéressantes observations de Legrain. Le XXe Congrès national de géographie, récemment tenu à Alger, ne s'y est pas trompé ; il a adopté un vœu demandant aux Ministres des Colonies et de l'Instruction Publique que la chaire des maladies des pays chauds reçoive une plus grande extension et qu'une clinique y soit annexée.

Chose incroyable, l'Ecole d'Alger n'a pas compris l'importance d'une semblable motion. Pour parler plus exactement, le corps médical de l'hôpital civil de Mustapha, obéissant à je ne sais quelles mesquines considérations, a voté à l'unanimité, à la date du 10 décembre dernier, une résolution par laquelle il « proteste d'une façon énergique contre le projet d'attribuer un service hospitalier à tout médecin étranger au corps médical de l'hôpital, et exprime l'espoir que l'Aministration se maintiendra dans les termes du règlement et saura sauvegarder, en même temps que les intérêts de la santé publique, les droits des médecins et chirurgiens-adjoints ».

Il ne m'appartient pas d'insister sur le côté outrageant d'une aussi déplorable résolution ; mais, je ne puis m'empêcher de protester contre l'un des considérants sur lesquels elle s'appuie. Il y est dit en propres termes « qu'il n'existe pas, à proprement parler, en Algérie, de maladies des pays chauds et qu'il serait très dangereux pour la santé publique d'y introduire, par seule curiosité d'enseignement, des malades exotiques contre lesquels toutes les précautions sont prises par le service de la santé ».

On croit rêver en entendant un tel langage. Quoi ! les maladies des pays chauds sont inconnues sur cette terre d'Algérie où les Kelsch, les Kiener, les Laveran ont fait leurs plus belles découvertes, où Legrain et Brault lui-même marchent avec le plus grand succès dans la voie tracée par leurs éminents devanciers ! Aucun de ces hommes, il est vrai, n'a jamais été médecin en titre de l'hôpital de Mustapha ; il n'en est pas moins vrai que c'est surtout et presque exclusivement par eux que nous avons appris à connaître la pathologie algérienne. La raison invoquée par les médecins de Mustapha est d'ailleurs si injuste que, parmi les signataires de ce document, ceux qui ont quelque notoriété ne la doivent qu'à leurs travaux sur la pathologie exotique.

Quand on considère qu'un grand nombre d'entre eux sont professeurs à l'Ecole de Médecine, on demeure stupéfait de l'aveuglement avec lequel ils battent en brèche leur propre Ecole et amoindrissent un enseignement fait jusqu'à ce jour avec un incontestable talent et destiné dans l'avenir à jeter sur leur Ecole le plus grand éclat.

Sous le régime universitaire actuel, chaque Faculté

ou Ecole doit prétendre à une originalité et à une indépendance qu'elle ne saurait acquérir qu'en s'inspirant des besoins et des tendances de la région où elle est installée : pour l'Ecole de Médecine d'Alger, la principale raison d'être est incontestablement l'étude des maladies propres aux contrées du Nord de l'Afrique. Puisque le corps médical algérien ignore réellement ou feint de méconnaître l'exceptionnelle importance de la chaire des maladies des pays chauds, exprimons le vœu que M. le Ministre de l'Instruction publique transforme promptement cette chaire théorique en une chaire de clinique. Les médecins des hôpitaux d'Alger seront ainsi forcés de faire place au professeur Brault, et nous comptons assez sur leur clairvoyance pour penser qu'ils ne tarderont pas à reconnaître le grand mérite d'un homme envers lequel ils viennent de se montrer si injustes. R. BLANCHARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juillet 1899. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Les eaux de Paris.

M. CHANTEMESSE. — A propos du procès verbal, il reconnaît que les eaux de Paris sont loin d'être d'une pureté irréprochable, néanmoins il fait remarquer que l'adduction d'eaux dans une ville qui a subi un développement aussi grand que Paris, nécessite des dépenses considérables que l'on ne peut pas renouveler sans cesse. Il croit que la question des eaux pures ne sera résolue que lorsqu'on pourra industriellement fabriquer par synthèse de l'eau en quantité suffisante. Une discussion entre MM. Thoinot, Widal, Rendu et Chantemesse s'élève à ce sujet.

Démence paratytique spasmodique dans l'épilepsie.

M. J. VOISIN présente deux enfants atteintes d'épilepsie et offrant les symptômes de la démence paralytique. Une de 13 ans, déjà réglée, a eu des attaques d'épilepsie à 3 ans. A 8 ans, elle était encore intelligente. A 12 ans elle fut envoyée à la Salpêtrière avec le diagnostic idiotie et épilepsie. Elle n'est pas idiote mais bien démente. Cette enfant a la démarche spasmodique a les réflexes exagérés, parle difficilement. Elle est sujette à des séries d'attaques répétées qui la laissent dans cet état de démence. L'autre enfant qui est dans un état analogue, se trouve par périodes dans un véritable état de mal; elle a, à la suite de ses attaques, de la démence et de l'hémiplégie tantôt à droite tantôt à gauche; cette démence et cette hémiplégie sont passagères. Cette malade à la suite de ses crises, a le réflexe cutané plantaire exagéré puis il devient normal. M. J. Voisin fait jouer un rôle important à la puberté dans la pathogénie des accidents de ses deux malades.

M. BABINSKI insiste sur la signification du réflexe cutané plantaire qui n'a pas de relation avec les réflexes tendineux.

Déformation neuropathique des mains.

M. ANTONY présente un malade, d'hérédité nerveuse, ayant eu lui-même des crises nerveuses. Ce malade petit à petit ne put se servir normalement de ses mains qui prirent l'aspect de la main du mendiant. Il a, en outre, de l'atrophie des membres supérieurs et présente des troubles moypathiques qui portent surtout sur la région du radial. M. Antony est tenté de rattacher ces accidents à des troubles neuropathiques. La radiographie n'a pas donné d'indications de lésions osseuses. En outre, il a de la tachycardie.

M. SOUQUES fait remarquer que le malade a de la contracture des interosseux.

Adénie et Eosinophilie.

MM. WIDAL et LAISNÉ rapportent l'histoire d'une femme de 39 ans qui a la suite d'une émotion vit survenir au cou une tumeur volumineuse qui disparut sous l'influence de l'arsenic et du séjour sur les bords de la mer. Une nouvelle émotion vive fit augmenter la tumeur qui se développa du côté de la région sus-claviculaire, puis survinrent des signes de tumeurs du médiastin et la malade mourut. Des tumeurs répondant à l'adénie de Trousseau existaient dans le cou, dans le médiastin ; il existait, en outre, deux petits adénomes du poumon. M. Widal fait remarquer que de très nombreuses cellules éosinophiles éxistaient dans le sang. Durant les débuts de sa maladie, l'éosinophilie était très accentuée. Durant les semaines précédant la mort, l'éosinophilie fut en diminuant, finit par disparaître et même les cellules éosinophiles diminuèrent considérablement de nombre et tombèrent au-dessous de la moyenne.

M. ACHARD, à propos de la très intéressante communication de M. Widal, rappelle quelques cas de lymphadénomes et de lymphosarcomes avec éosinophilie; dans certaines de ces observations les éosinophiles existaient dans les tumeurs mais n'existaient pas dans le sang.

Névralgies intercostales symptomatiques et radiographie.

M. MERKLEN signale deux cas de névralgie intercostale dont le diagnostic fut précisé par la radiographie. Dans un cas de névralgie très intense l'examen radiographique permit de diagnostiquer un abcès par congestion dû à un mal de Pott lombaire. Dans un autre cas on put démontrer que la névralgie était due à un anévrisme de l'aorte.

Menstruation par l'oreille.

M. LERMOYEZ communique l'observation curieuse d'une jeune fille qui est réglée par l'oreille droite. La menstruation s'établit chez elle pour la première fois il y a trois ans et débuta d'emblée par le conduit auditif droit. Tous les mois, assez régulièrement, après une période de prodromes caractérisée par des maux de tête et une lassitude générale, un écoulement de sang clair, non coagulable, se fait par le conduit auditif droit, sans qu'aucune lésion locale préexistante ou consécutive y puisse être décelée. Au bout de trois ans environ de ce régime la menstruation génitale commença à apparaître. Elle a lieu depuis cette année : et peu à peu elle tend à remplacer les règles auriculaires qui ne se produisent plus que toutes les deux ou trois périodes menstruelles; celles-ci après avoir été supplémentaires ne sont plus que complémentaires. Trois points sont à remarquer dans cette observation. La *nature* de l'hémorragie auriculaire n'est pas douteuse. Ce sont bien des règles précédées d'un véritable molimen régional qui en accentue le caractère ; et la non-coagulabilité du sang auriculaire est un fait digne d'attention. Le *siége* de l'hémorragie est le conduit auditif droit qui saigne par ses parois. Le tympan est intact. Les vaisseaux cutanés du conduit sout très dilatés, ce qui laisse à penser que l'hémorragie se fait par rupture de ceux-ci favorisée par une excessive dilatation. La *cause* de l'hémorragie en dehors de toute affection de l'oreille est difficile à déterminer. Dans les cas de ce genre, on trouve presque toujours l'hystérie : ici, aucun des stigmates généraux n'en a pu, il est vrai, être trouvé. Cependant, il est problable que cette menstruation auriculaire doit être la manifestation neuro-symptomatique d'une hystérie encore latente ; car on trouve du côté de l'oreille qui saigne, une légère hypoesthésie du tympan et du conduit, en même temps qu'un certain degré d'anesthésie auditive : et l'on sait que la coïncidence de ces deux symptômes est un des meilleurs signes de l'hystérie auriculaire que nous possédions.

M. BOINET adresse une communication sur la *pathogénie du rhumatisme cérébral.*

M. LEGENDRE, au nom de M. GUELPA, présente un nouveau *crachoir* de poche. J. N.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Outre le legs de la collection du Pr Laboulbène, le Muséum est autorisé à accepter un legs de 60.000 francs de M. Alfred Humbert.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — MM. Proust et Ombredanne son nommés prosecteurs à la Faculté.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 juillet 1899. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Traitement de l'hématocèle rétro-utérine.

M. CHAPUT reconnaît avec M. Reynier que l'incision vaginale, tout en étant une opération très simple et le plus souvent bénigne, donne cependant lieu parfois à des hémorragies d'une gravité extrême, qui nécessitent la laparotomie secondaire immédiate. M. Chaput a perdu une de ses opérées, chez qui il avait pratiqué l'incision du cul-de-sac de Douglas; la malade fut prise, dans l'après-midi, d'une hémorragie mortelle. Le tamponnement de la poche est insuffisant, parce que le plus souvent il manque de points d'appui. Devant ces faits, M. Chaput est devenu laparotomiste, car il est bien plus facile de se rendre maître d'une hémorragie par l'abdomen.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE préfère aussi la laparotomie, qu'il considère comme très bénigne quand il s'agit d'hématocèle.

M. POZZI qui a une grande expérience de la colpotomie, n'a jamais observé d'accidents. Parfois on voit du sang rutilant s'écouler à la suite des caillots; mais l'écoulement s'arrête sous l'influence d'une injection très chaude, suivie d'un tamponnement. Il faut savoir que ces hémorragies sont souvent causées par des débris placentaires; il faut donc avoir soin d'explorer la poche, de chercher le placenta et de le décoller doucement. La colpotomie est l'opération la plus rationnelle pour traiter l'hématocèle; en effet, celle-ci forme une tumeur circonscrite, isolée du péritoine par des adhérences et ayant naturellement tendance à s'ouvrir par le vagin; c'est donc par cette voie qu'il faut l'aborder.

M. TUFFIER pose ainsi les indications opératoires. Pour la grossesse extra-utérine, la voie de choix est l'abdomen; pour l'hématocèle, c'est le vagin. M. Tuffier fait exception pour l'hématocèle récente, qu'il vaut mieux aborder par l'abdomen.

M. REYNIER accepterait volontiers la formule de M. Segond: opérer la grossesse extra-utérine par l'abdomen; opérer l'hématocèle par le vagin, si le diagnostic était toujours possible. Mais souvent quand on incise par le vagin une hématocèle, on ignore si elle est habitée ou non; on s'expose donc à trouver une grossesse extra-utérine et on peut alors regretter de n'avoir pas fait la laparotomie. Quant aux moyens qu'on oppose aux hémorragies qui suivent la colpotomie, ils sont incertains: le tamponnement est insuffisant, quand le sang vient de partout; les pinces sont dangereuses, car elles risquent de pincer l'intestin. Pour ces raisons, M. Reynier rejette la colpotomie, ou s'il la pratique, il se tient prêt à faire sur le champ la laparotomie.

M. DELBET. — Quand une hématocèle isolée s'est constituée, il n'y a pas à craindre de passer par le vagin. Mais la laparotomie est cependant préférable, parce qu'elle permet d'agir sur la trompe malade.

M. POZZI. — En présence d'une hématocèle ancienne, formant un foyer pelvien séquestré, il faut opérer par le vagin. Les hémorragies sont surtout à craindre dans les hématocèles récentes.

Lithopédion ouvert dans la vessie.

M. François HUE rapporte deux cas de grossesse extra-utérine ancienne, ouverts dans la vessie. Le fœtus, transformé en lithopédion, fut extrait par la taille hypogastrique.

Kyste laiteux du sein chez un garçon.

M. KIRMISSON a observé un garçon de 14 ans, présentant au niveau du sein gauche une tumeur fluctuante. Comme elle s'était montrée à la suite d'un coup, reçu en jouant au football, on crut à une tumeur hématique. La ponction donna issue à un liquide blanc, qui était du lait. Il s'agissait d'une vraie galactocèle.

Rapport sur trois cas de chirurgie urinaire.

M. PICQUÉ rapporte les trois observations suivantes: 1º La première, du Dr Albert Martin, a trait à une femme, présentant dans le flanc droit une tumeur, qui fut prise pour un kyste de l'ovaire. Il s'agissait en réalité d'une hydronéphrose, due à une coudure de l'uretère. La malade guérit à la suite de la néphrectomie transpéritonéale; 2º la seconde, du Dr Delagénière, concerne un cas de cancer du rein, qui simulait des phénomènes d'hydronéphrose intermittente; 3º la troisième, du Dr Delamarre, a trait à un officier, qui à la suite d'une chute de cheval et de coups de pied de cheval sur l'abdomen, présente des accidents très graves d'infiltration d'urine. Il s'était produit une rupture sous-péritonéale de la vessie; il n'y avait pas de lésions de l'urètre. Le malade guérit, grâce à des incisions répétées.

Présentations.

M. ROUTIER présente un homme, qui vient de subir sa quatrième laparotomie pour kyste hydatique du foie.

M. DEMOULIN présente une jeune femme, chez qui il a pratiqué la laparotomie d'urgence pour plaie de l'abdomen par balle de revolver. La malade vomissait du sang en abondance. Il existait des plaies de l'estomac et de la rate, qui furent suturées.

M. BERGER montre un malade, qui présentait une luxation du semi-lunaire avec troubles parétiques dans la sphère du nerf cubital.

P. RELLAY.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PARIS

Séance de juillet 1899.

Syndactylie et polydactylie héréditaires.

M. BOISSARD avait dejà observé un cas de ce genre à Tenon. L'observation qu'il rapporte aujourd'hui est beaucoup plus intéressante en ce qu'elle montre la transmission héréditaire de ce cette malformation en dehors de l'hérédo-syphilis. La mère était polydactylique des deux pieds: le deuxième orteil était double. A sa naissance elle avait présenté à chaque main un petit doigt surnuméraire qui avait été enlevé. Cette malformation apparut identique chez un premier enfant. Le deuxième enfant, qui est celui qu'a observé M. Boissard, était polydactilique au pied droit seulement, qui présentait six orteils. Mais il y avait un petit doigt surnuméraire des deux mains, le droit complet, le gauche incomplet. Ces petits doigts furent enlevés au bistouri.

M. BAR. — Ce qui présente surtout de l'intérêt dans ce cas, c'est la similitude parfaite entre la polydactylie de la mère et des deux enfants. L'opinion classique, qui voulait que cette malformation fût accidentelle, est contredite par les faits de M. Boissard. M. Bar a vu également à l'hôpital Tenon un enfant qui présentait de l'hexadactylie des quatre membres. La mère avait identiquement la même malformation et elle affirmait que sa mère à elle était également hexadactylique.

M. BUDIN. — D'autres vices de conformation peuvent être reproduits de la même façon: ainsi le chevauchement du gros orteil sur le deuxième orteil. Ce qui est curieux dans le cas de M. Boissard, c'est que la mère avait été opérée, ce qui n'est pas conforme aux idées du transformisme. Brown-Séquard prétendait, en effet, que les cobayes à organes enlevés ne reproduisaient pas ces organes. Cette doctrine était d'ailleurs déjà contredite par la persistance du prépuce chez les Israélites.

M. BONNAIRE rapporte deux faits de transmission du streptocoque pyogène de la mère au fœtus. Dans la première observation, il s'agit d'une femme qui avait eu un érysipèle au cinquième mois de la grossesse. Elle entre à l'hôpital avec les membranes rompues depuis trois jours: il s'écoulait un liquide amniotique putride; il y avait des frissons et une température de 39°,8. On se trouvait donc en présence d'une infection puerpérale par putréfaction du liquide amniotique. Il fallait donc faire l'accouchement accéléré: ce que M. Bonnaire réalisa en trois foulées d'expression utérine. L'enfant meurt d'infection 48 heures après. Les cultures du sang pris dans le cœur donnent du streptocoque pur. M. Bonnaire tend à admettre que l'infection s'est produite par la voie circulatoire, ou par ascension des gésines entre l'utérus et l'œuf.

La deuxième observation a trait à une femme qui arriva à l'hôpital avec des phénomènes de méningite cérébro-spinale, qui avaient tout d'abord fait porter le diagnostic d'éclampsie puerpérale à forme anormale. Cette femme ex-

pulsa, avant de mourir dans le collapsus, un fœtus qui avait succombé récemment. A l'autopsie on vit que l'encéphale de la mère était enveloppé d'une coque de pus verdâtre, épaisse surtout au niveau de la base du crâne. La pie-mère était très vasculaire. On rencontra également du pus à la partie inférieure du rachis. L'ensemencement a donné une culture pure de streptocoque. Le fœtus fut examiné cinq heures après sa mort. L'ensemencement du sang ne donna pas de résultat; mais les méninges présentaient les mêmes lésions que celles de la mère, dues également au streptocoque. Les points intéressants de cette observation sont les suivants : difficultés du diagnostic différentiel de l'éclampsie avec une méningite cérébro-spinale due à du streptocoque pur; identité du siège des lésions chez la mère et le fœtus.

M. Budin fait remarquer, que l'infection a pu se produire par les fosses nasales et par la bouche, c'est-à-dire par la voie des muqueuses pulmonaires et digestives. L'infection intra-oculaire est plus vraisemblable et plus simple que celle due au passage à travers le placenta.

M. Bar fait observer que l'argument principal invoqué par M. Bonnaire pour ne pas admettre l'infection par le poumon est l'absence de bronchopneumonie; or, il peut y avoir des formes de sptreptococcics extra-virulentes sans localisation pulmonaire.

De la peptonurie dans la grossesse et le post-partum.

MM. R. Mercier (de Tours) et Meau formulent les conclusions suivantes : 1° chez les femmes gravides albuminuriques non éclamptiques la peptonurie est constante quand on rencontre l'association de l'albumine acéto-soluble avec la sérine ; 2° au cours de l'éclampsie puerpérale, la peptonurie est un phénomène constamment observé et cela quelle que soit la sorte d'albumine incriminée ; 3° la peptonurie n'est pas un signe de la mort du fœtus. Elle ne peut être davantage incriminée comme étant la cause de l'avortement; 4° la peptonurie se rencontre dans la moitié des cas où une syphilis maternelle indubitable entraîne l'avortement; elle n'est donc pas un stigmate de la syphilis maternelle; 5° la théorie de l'évolution utérine est insuffisante à expliquer la présence des peptones dans les urines notamment dans les cas où la grossesse suit son cours normal, sans menace d'expulsion prématurée du produit de conception ; 6° en raison de sa constance au cours de l'éclampsie puerpérale, la peptonurie paraît être d'origine hépatique, qu'il s'agisse soit de désintégration de la plaie hepatique, soit de la suppression de la fonction hépatique vis-à-vis des peptones.

Gémellité et malformations en rapport avec l'hérédo-tuberculose.

M. G. Keim présente l'observation d'une femme et les pièces d'enfants venant du service de M. Bonnaire à la Maternité de Lariboisière. Grossesse double de cinq mois chez une pluripare tuberculeuse et fille de tuberculeux avec stigmates de dégénérescence (nanisme, dystrophies dentaires). Hydramnios considérable. Placenta univitellin. Enfants du même sexe. Début d'amputation congénitale d'un membre inférieur chez l'un d'eux. A ce propos, il insiste sur la fréquence de l'hérédo-tuberculose dans l'étiologie de la gémellité. On sait que les malformations sont fréquentes dans la toxi-infection chronique (syphilis, tuberculose, etc.). Charrin et Gley les ont reproduites expérimentalement. Or souvent, comme dans l'observation précitée, M. Keim a noté la tuberculose et des malformations dans les familles de jumeaux. C'est là une preuve indirecte à l'appui de la théorie qui identifie la gémellité et la monstruosité. L'une et l'autre sont héréditaires, peuvent évoluer parallèlement, et sur un même terrain. Il en publiera d'autres cas dans un travail ultérieur.

M. Bar montre que, dans la communication de M. Keim, il y a deux points : 1° la malformation du fœtus en rapport avec l'hérédo-tuberculose ; 2° la gémellité en rapport avec l'hérédo-tuberculose.

M. Bar a étudié le premier les rapports qui existent entre la gémellité et l'hérédo-syphilis, mais il n'a encore rien publié sur ces recherches entreprises depuis longtemps et qui ont certainement inspiré M. Keim. Il est certain que la gémellité est fréquente dans la syphilis. Sur bien des enfants qui succombent on rencontre des foies syphilitiques.

M. Bar tend à admettre que la gémellité est une tare paternelle et maternelle, tout aussi bien chez les animaux que chez l'homme. Il est certain qu'en sélectionnant les béliers, on réduit notablement la gémellité, qui, malgré les apparences, est peu favorable au point de vue économique, les produits gémellaires s'élevant difficilement.

M. Budin a été interrogé récemment sur ce sujet par M. Fournier, qui a entrepris des recherches récentes sur les rapports de la gémellité et de l'hérédo-syphilis, d'après les conseils de M. Bar dont les droits de priorité sont incontestables.

Cas de tuberculose congénitale.

M. Brindeau. — Il s'agit d'un enfant pesant 2.150 grammes, apporté dans le service des débiles, alors que M. Budin était à la Maternité. Cet enfant, atteint de cyanose, mourut au bout de 12 jours. A l'autopsie, les poumons étaient farcis de gommes d'un volume allant de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. Les gommes, d'un blanc jaunâtre, dures à la coupe, donnaient un suc rosé au grattage. Au microscope on constate que le tissu pulmonaire est presque complètement détruit par la néoformation gommeuse. Ces gommes sont formées de nodules microscopiques constitués par des cellules embryons noires de même volume sans cellule géante. Le foie paraissait sain à l'œil nu, mais contenait des nodules semblables, visibles au microscope. En colorant par le Ziehl, les coupes sont remplies de bacilles tuberculeux. Cette observation de tuberculose congénitale paraît indiscutable, quoique la mère n'ait pas été examinée. Cette lésion n'ayant pas eu le temps de se développer en 12 jours, ce qu'elle présente de particulier, c'est que la tuberculose congénitale étant d'origine sanguine, les lésions pulmonaires sont généralement moins avancées que celles des autres organes, en particulier du foie. Ici, au contraire, les lésions du poumon sont de beaucoup les plus importantes.

Deux observations de dilatation rapide du col par le procédé de Bonnaire.

M. Dubrisay a obtenu des résultats excellents dans ces deux cas dans lesquels l'état grave de la mère nécessitait une intervention immédiate et rapide.

Résultats de 100 accouchements provoqués dans des cas d'angustie pelvienne.

M. Bar. — Sur 101 enfants, 86 naquirent vivants. Les causes de la mort ont été : la lenteur du travail, la disproportion entre le bassin et le fœtus et la fragilité de ces enfants, nés avant terme. Mais le plus important de ces facteurs est le degré de rétrécissement, sur lequel M. Bar se base pour établir les conclusions suivantes.

L'accouchement provoqué donne de mauvais résultats dans les bassins de 7 à 8 centimètres, où la mortalité infantile est de 53 0/0. Les résultats sont médiocres dans les bassins de 8 à 9 centimètres qui donnent une mortalité de 21,95 0/0. Ils peuvent être tenus pour excellents dans les bassins au-dessus de 9 centimètres puisque, entre 9 et 10 centimètres, la mortalité n'est que de 8,69 0/0. D'une façon générale, les résultats sont d'ailleurs moins bons chez les primipares que chez les multipares.

M. Budin fait remarquer que le poids des enfants est un facteur important. Il y aurait également à étudier comparativement les procédés employés pour déterminer l'accouchement.

Rupture incomplète de l'utérus; troubles s'étendant jusqu'au rein, laparatomie, tamponnement, guérison.

M. Bar rapporte un simple fait observé en 1898. Il s'agit d'une femme chez laquelle il y avait une présentation de l'épaule. La version fut impossible; mais la main introduite dans l'utérus sentit une énorme rupture siégeant du côté droit. La main entra dans une poche au fond de laquelle M. Bar crut sentir les anses intestinales. On fit une laparatomie immédiate qui permit de constater que le péritoine, intact, était simplement décollé de la paroi utérine. La tumeur formée par le thrombus remontait jusqu'au rein droit. Tous les caillots furent enlevés par le vagin, et la cavité tamponnée ainsi que

l'utérus avec de la gaze iodoformée. Le tamponnement fut surveillé pendant son exécution par l'ouverture abdominale. La guérison fut complète. H. C.

REVUE GÉNÉRALE DE BACTÉRIOLOGIE

Rédacteur spécial : M. le Dr RAMOND.

Depuis quelques mois, diverses publications intéressantes ont vu le jour, quelques nouvelles bactéries ont été décrites; et, chose dont nous pouvons nous enorgueillir, le principal mérite en revient incontestablement à l'Ecole française. Nous allons passer rapidement les plus récentes acquisitions faites dans le domaine de la bactériologie.

Microbes anaérobies. — MM. Veillon et Zuber, en utilisant les tubes de culture de Liborius, ont démontré que beaucoup de suppurations et de gangrènes, mises à tort sur le compte de bactéries vulgaires, dépendraient de microbes anaérobies, c'est-à-dire ne se cultivant pas en présence de l'air ou de l'oxygène libres. Voici comment ils opèrent : plusieurs tubes sont remplis aux deux tiers de gélose nutritive, liquéfiée à une douce chaleur. On laisse refroidir jusqu'à 35°-40°; la gélose se maintient encore liquide, à condition que le refroidissement se produise progressivement et lentement.

On ensemence une parcelle de pus à examiner dans un premier tube ; puis, avec une anse de platine, on prélève une parcelle de cette gélose ainsi ensemencée pour la diluer dans la gélose d'un second tube ; on ensemence à son tour une goutte du deuxième tube dans un troisième, et ainsi de suite dans cinq ou six tubes différents. Grâce à ces dilutions successives, les microbes arrivent à être très disséminés dans les derniers milieux ensemencés. La gélose est alors coagulée par l'immersion des tubes dans l'eau froide ; et les bactéries se trouvent ainsi emprisonnés dans un milieu nutritif, à l'abri de l'air et séparées les unes des autres. On met les cultures à l'étuve de 37° C. Au bout de 24 à 48 heures, il se produit de petites bulles de gaz dans la masse de la gélose, indiquant le développement d'anaérobies. Grâce à un long fil de platine stérilisé, on pique dans chaque colonie; on arrive ainsi à isoler chaque espèce microbienne, à l'examiner, l'ensemencer et l'inoculer au besoin.

Les microbes étudiés sont assez nombreux; tous n'ont pas la même virulence, et. parmi eux, le bacillus ramosus et le bacillus perfringens semblent jouer un rôle particulièrement actif en pathologie humaine.

Grâce à cette méthode, on a pu révéler la présence de bactéries anaérobies dans certaines appendicites (Veillon et Zuber), dans une pleurésie putride (Rendu et Kist), dans la carie du rocher (Veillon, Kist), dans la gangrène pulmonaire (Veillon et Zuber), dans la gangrène cutanée, etc.

Angines diphtéroïdes. — M. Vincent, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a étudié une variété d'angine due à un bacille particulier, et non décrit jusqu'ici, le bacille fusiforme, associé presque toujours au spirille de la salive.

Cliniquement, cette angine ressemble beaucoup à une angine de moyenne gravité ; mais les fausses membranes n'ont aucune tendance à l'envahissement; l'évolution en est plus rapide, le pronostic toujours favorable.

L'exsudat, examiné au microscope, renferme deux espèces microbiennes tout à fait prédominantes : 1° le spirille dont nous avons parlé, et qui ne semble jouer ici qu'un rôle secondaire; 2° un bacille particulier, long de 10 à 12 μ, renflé à sa partie moyenne, effilé à ses extrémités. Il ne se colore pas par la méthode de Gram, mais il est impossible de le cultiver sur les milieux usuels de laboratoire; de plus, les essais d'inoculation n'ont fourni jusqu'ici aucun résultat.

Ces données ont été confirmées à plusieurs reprises par d'autres auteurs, notamment par MM. Raoult et Thiry et par M. Schneider.

Entérocoque. — Si l'on traite une culture tirée des matières fécales d'un individu normal, par la méthode de Gram, on constate que les microbes se décolorent, sauf cependant quelques échantillons de staphylocoques, de proteus, etc., et d'un microbe qui ressemble singulièrement au pneumocoque. M. Thiercelin a montré tout récemment que ce microbe — l'entérocoque — différait du pneumocoque par plusieurs caractères : en effet, il pousse sur tous les milieux de culture, même à la température ordinaire; virulent pour la souris, il l'est beaucoup moins pour le lapin et le cobaye. Il s'entoure d'une auréole comme le pneumocoque, mais sa forme est plus variable : car, en culture, son aspect rappelle tantôt celui d'un coccus arrondi, tantôt celui d'un bâtonnet très court et effilé à ses extrémités.

Ce microbe semble être l'agent pathogène de la colite pseudo-membraneuse aiguë ou chronique, de certaines diarrhées et appendicites, d'infections généralisées à la suite d'urémie à forme gastro-intestinale; il y a quelques jours, M. Lereboullet le signalait comme agent producteur d'une angiocholite aiguë. Il est même possible que beaucoup d'infections intestinales, péritonéales ou hépatiques, attribuées jusqu'ici au pneumocoque, soient plutôt causées par l'entérocoque de M. Thiercelin.

Méningite cérébro-spinale épidémique. — La récente épidémie de méningite cérébro-spinale que M. Netter fut un des premiers à signaler, a donné lieu à de nouvelles recherches bactériologiques ; il semble en résulter que la méningite cérébro-spinale épidémique n'est pas due à un seul agent spécifique.

Tout d'abord on a rencontré le méningocoque de Weichselbaum (Netter, Thiercelin et Rosenthal, Griffon, etc.). C'est un coccus arrondi ou légèrement cintré comme le gonocoque, inclus le plus souvent dans le corps des leucocytes et des globules de pus. Il ne se colore pas par la méthode de Gram.

Les cultures sont délicates, et ne se développent qu'à 37°. En bouillon et sur pomme de terre, le microbe ne pousse cependant pas. Sur gélose, il donne naissance à quelques petites colonies granuleuses assez foncées. Il est peu pathogène pour les animaux de laboratoire, nouveau caractère différenciant le méningocoque du pneumocoque.

D'ailleurs le microbe de Weichselbaum présente vis-à-vis des sérums des propriétés autres que celles du pneumocoque (Bezançon et Griffon) ; sa culture sur sérum jeune de lapin est moins abondante ; il est agglutiné par le sérum humain normal, phénomène qui ne se constate pas pour le pneumocoque.

Si l'on a tant insisté pour séparer le méningocoque du pneumocoque, c'est que certains auteurs (Netter, Bonome) ont voulu à un moment assimiler ces deux microbes. L'accord semble se faire aujourd'hui, et M. Netter lui-même a fini par convenir que le méningocoque possède des caractères spécifiques indubitables. Mais pour cet auteur le pneumocoque, de même que le streptocoque (Rendu), le staphylocoque doré (Bonome), est capable de produire le syndrome de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Enfin, MM. Chantemesse et Millet rapportent un cas de méningite cérébro-spinale causée par un diplocoque lancéolé prenant le Gram, mais se développant à 24°, liquéfiant lentement la gélatine, et agglutiné par le sérum normal, participant à la fois des caractères du méningocoque et du pneumocoque.

On voit donc qu'il n'y a pas « au point de vue bactériologique une méningite cérébro-spinale épidémique, mais des méningites cérébro-spinales épidémiques » (Netter).

Assassinat d'un Médecin par un Malade. — L'assassinat de M. le Dr Bondi (de Rome), médecin en chef de l'hôpital de Santo-Spirito, par un tuberculeux, soigné autrefois dans la maison et qui s'y était représenté quelques heures auparavant pour y être reçu de nouveau, a fortement ému le corps médical. L'entrée de l'hôpital lui ayant été refusée, parce qu'il n'était pas muni du certificat municipal, le misérable est allé acheter un clou, long de 15 centimètres, a attendu le passage de M. Bondi sur le pont Saint-Ange et le lui a planté dans le cœur. La mort a été instantanée et l'assassin arrêté. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Hôpital français de Jérusalem. — M. le Dr Labonardière est nommé médecin de l'hôpital français de Jérusalem.

BIBLIOGRAPHIE

Les ptoses viscérales. Diagnostic et nosographie; par le Dr Frantz Glénard, 1 vol. de 962 pages. (1899, Félix Alcan, Paris.)

Il s'agit d'un travail considérable, dont le clou est la nouvelle théorie de Glénard sur l'*Hépatisme* avec d'abondants détails sur la *palpation du foie*. Nous avions déjà lu cet important chapitre dans les *Annales de la Nutrition* où M. Glénard a exposé ses nouvelles recherches. Le présent livre est la reproduction des travaux successifs de l'auteur, sous l'étiquette générique de « ptoses viscérales ». Nous ne suivrons pas M. Glénard sur le fond même de sa doctrine de l'hépatisme, qu'il veut substituer à l'arthritisme, dans la génèse d'un groupe de maladies. Dans les sciences naturelles en général et en médecine en particulier, nous nous méfions des *systèmes*, d'autant que ceux-ci ne sont parfois que des conceptions fausses et spéculatrices qui résultent en quelque sorte d'un excès de logique de la part des chercheurs profonds et convaincus. La note d'ensemble que nous entendons dégager surtout de cette publication volumineuse, c'est le travail considérable que s'est imposé depuis de longues années, l'éminent médecin de Vichy, par ses recherches patientes, méthodiques et consciencieuses. Ce qu'il y a surtout à mettre puissamment en relief, ce sont les moyens perfectionnés de Glénard pour palper l'estomac, les intestins, les reins, le foie et la rate, au point qu'il semble à peu près impossible d'avoir l'expérience de l'auteur, pour tirer du simple doigté tant de finesse et de précision. En outre, si l'hépatisme en tant que doctrine nouvelle, réclame encore de la méditation, il n'en n'est plus de même pour l'*entéroptose*, laquelle a conquis droit de cité dans le domaine pathogénique.

Ce gros livre est divisé en sept chapitres, avec une introduction qui n'est que la profession de foi du parrain de l'hépatisme, par opposition à l'arthritisme. Le chapitre I traite de l'inspection et de la palpation générale de l'abdomen, en indiquant la position du malade (qui doit avoir les jambes non fléchies) et du médecin, en interprétant les *points sensibles et douloureux de l'épigastre* (p. 71), *la résistance anormale, la tension abdominale*, pour aborder ensuite la palpation spéciale des organes abdominaux.

Les palpations de l'*estomac* révèle que la *douteur épigastrique* provoquée par la pression digitale est due souvent au foie, dont le lobe gauche est interposé entre l'estomac et la paroi abdominale; aussi à l'intestin (occlusion gazeuse) et au rein. Il faut reconnaître par la palpation, les bruits d'*éructation*, de *clapotement* et de *borborygmes gastrique*, lequel semble exclusif à la femme (p. 91). M. Glénard analyse ces divers signes, avec une précision remarquable. Les aphorismes ne manquent pas : « Tout estomac dont on peut à l'aide de la palpation déceler la limite inférieure est un estomac anormal », etc. Quelques mots de la gastro-diaphanoscopie, à propos de laquelle nous avons, à l'insu de M. Glénard, malgré nos publications, recueilli jusqu'ici près de 500 observations avec clichés. Enfin ce chapitre se termine par l'étude de l'abaissement total ou partiel de l'estomac (gastroptose).

Le chapitre II, décrit et interprète le *battement épigastrique* (p. 159), en attribuant la variété *aortique* (B. aortique) à l'abaissement pathologique du côlon transverse ou entéroptose. Quant à l'exploration externe de l'intestin, elle implique la *palpation du côlon transverse*, par le « procédé du glissement » (p. 187), lequel nous a permis de reconnaître dans plusieurs cas, la « corde colique » dont parle Glénard; viennent ensuite, la *palpation du cæcum*, de l'*S iliaque*, de l'*iléon*, du *duodénum*, et des *hypocondres*, tout cela avec des figures et des observations explicatives d'où sortent des données vraiment nouvelles.

Le chapitre V (p. 303) traite de la *palpation du rein*, qu'il faut distinguer désormais en : rein mobile classique, et rein mobile nouveau ou de l'hypocondre. Pour Glénard, le rein est assez fréquemment ptosé, 14 0/0 des cas ; chez les hommes, 37 0/0; chez les femmes, 22 0/0. La recherche comprend trois temps : l'affût, la capture et l'échappement. Aphorismes de Glénard : « La respiration mobilise le rein » ; « le rein mobile est pathologique », etc. Il y a plusieurs degrés de néphroptose, et les auteurs ont produit plusieurs classifications (Glénard, 1885; Eiwald, 1890; Küttner, 1890; Hilbert, 1892; Guyon, 1886-1891. Enfin, viennent de longs détails sur la trajectoire du rein mobile sous l'influence des mouvements de la respiration (p. 342), avec figures à l'appui.

La *palpation du foie* constitue la partie de beaucoup la plus longue et la plus importante de l'ouvrage ; ce chapitre VI semble être le couronnement des nombreux travaux de l'auteur; c'est d'ailleurs la clef de voûte de la théorie de l'hépatisme, en faveur de laquelle M. Glénard a réuni tout un amoncellement de détails et d'observations qu'il faut lire comme nous, dans le livre même. Des schémas très clairs favorisent la compréhension de certains points obscurs. Nous trouvons des diagnostics ainsi conçus : *Entéroptose* avec *hépatisme* à crises épileptiformes; par *hépatisme diathésique, rhumatismal, glycosurique; neurasthénie hépatique d'origine psychique* ; *entéroptose larvée* chez une prédisposée hépatique ; *hépatonéphrétisme; hépatisme uricémique*, etc. En d'autres termes, M. Glénard a basé sur les caractères tirés de l'état fonctionnel du foie, un mode de classement nouveau pour les maladies attribuées par d'autres à la diathèse arthritique (diabète, lithiase biliaire, alcoolisme, dyspepsie, etc.). Le mot d'hépatisme implique un état, une disposition morbide, parfois héréditaire, le plus souvent acquise, du foie; pouvant être latente ou réaliser une maladie, soit par évolution spontanée de l'état morbide, soit sous une cause la plus minime (p. 28).

En résumé, et en signalant en dernier lieu le chapitre VII qui traite de la palpation de la rate, rappelons que nous ne sommes pas encore en état de préjuger sur le système de Glénard. Bien des données nous manquent qni sont personnelles à l'auteur! car il est certain que ceux-là sont encore rares qui peuvent se vanter d'obtenir toujours les succès de palpation qui ont permis de découvrir si brillamment les ptoses viscérales. Mais l'ouvrage de M. Glénard foisonne en données qui sont toutes intéressantes et vraies pour la plupart. C'est un gros manuel de diagnostic pour les organes abdominaux; les chirurgiens comme les médecins peuvent eu tirer le plus grand profit, et en particulier ceux qui s'intéressent plus spécialement aux maladies de la digestion. Paul Cornet.

VARIA

Le traitement hygiénique de la tuberculose et les sanatoriums populaires.

M. le Dr Romme, dans la *Presse médicale* du 5 juillet, répond aux objections que M. Thoinot, dans le *Temps* du 8 juin, et M. Brouardel dans le *Journal* du 21 juin, ont formulés contre la création, des sanatoriums populaires. Ayant reproduit dans le *Progrès médical* du 17 juin (page 388) la lettre de M. Thoinot au sujet du Congrès de Berlin, nous croyons intéressant de résumer ici la réponse de M. le Dr Romme. M. Thoinot faisait remarquer que dans les sanatoriums populaires allemands les résultats brillants provenaient de ce que la moitié des malades qui y étaient traités n'étaient pas des tuberculeux, mais des suspects, « fatigués ou affaiblis ». M. Romme oppose à cette opinion la statistique du sanatorium de Dannenfels (pour les ouvriers des fabriques d'aniline de Ludwigshafen) où l'on ne reçoit que des tuberculeux chez lesquels on trouve des bacilles de Koch dans les crachats.

« Or, voici ce que nous dit cette statistique : depuis le mois de septembre 1893 jusqu'à la fin du mois de mars 1899, 100 ouvriers ont été soignés dans ce sanatorium. Les résultats ont été les suivants : Guéris et ayant pu reprendre le travail à la fabrique, 21 cas; très améliorés, presque guéris, ayant pu reprendre le travail à la fabrique, 16 cas ; améliorés et ayant pu reprendre leur travail d'une façon passagère, 12 cas ; améliorés, ayant repris leur travail, puis nouveau séjour au sanatorium, 4 cas ; non améliorés et morts peu de temps après la sortie, 25 cas ; et, pour préciser encore davantage, M. Westhoven, le médecin-directeur de ce sanatorium populaire, ajoute que, dans cette statistique, on considère comme guéris les ouvriers

qui quittent le sanatorium avec un état général satisfaisant, n'ont plus de bacilles dans les crachats, fournissent un résultat négatif à l'examen clinique et, tout en travaillant, ne présentent pas de rechute pendant une année.

La statistique de Dannenfels n'est du reste ni plus ni moins brillante que celle d'autres sanatoriums populaires : c'est une statistique normale. M. Thoinot voudra donc concéder qu'il a un peu trop déprécié les résultats que donnent ces établissements »

M. Brouardel prétendait, dans l'interview du *Journal*, que les sanatoriums auraient peu de chances de succès auprès des tuberculeux de nos hôpitaux. M. Romme lui répond en citant une sorte de plébiscite que donne M. Sersiron dans sa thèse, où sur 191 phtisiques hospitalisés, 134 acceptaient leur transport dans un sanatorium, 39 refusaient et 18 restaient indifférents. Nous basant sur l'expérience de cinq années de service dans les bureaux de Bienfaisance (traitement à domicile) nous croyons, comme M. Brouardel, que tout d'abord l'envoi des malades dans les sanatoriums ne serait pas facilement adopté par la population nécessiteuse de Paris. Mais cette objection manque, à notre avis, de valeur, car une fois bien installés et donnant de bons résultats, ces sanatoriums finiraient par s'imposer et deviendraient, nous en sommes convaincus, véritablement « populaires »; surtout si les médecins se donnaient la peine d'en faire ressortir les avantages et si leur proximité de Paris permettait aux parents des malades d'y faire de fréquentes visites et de constater leur bonne organisation.

Nous ne doutons pas de l'utilité des sanatoriums populaires, mais, partageant l'opinion émise par M. Jacquet à la *Société médicale des Hôpitaux*, nous trouvons qu'on se préoccupe (et peut être à tort) beaucoup plus du traitement de la tuberculose que de sa prophylaxie. L'alcoolisme, comme le démontraient MM. Barbier et Jacquet, est une cause de tuberculose qu'il ne faut se lasser de combattre. La débilité des enfants est un autre facteur puissant dans l'étiologie de la phtisie. Aussi croyons-nous devoir rappeler le vœu que nous avons fait adopter au *Congrès d'Assistance de Rouen* en 1897 à la suite de la discussion d'un rapport de notre confrère et ami le Dr Billon, sur la *prophylaxie de la tuberculose dans les bureaux de Bienfaisance de Paris*; dans ce vœu aux conclusions du rapporteur, qui réclamait pour les tuberculeux pauvres soignés à domicile, crachoirs, désinfections fréquentes, suralimentation, nous faisions ajouter l' « envoi à la campagne des enfants débilités menacés de tuberculose ». Les alcooliques, les enfants malingres trop nombreux à Paris sont de la graine à phtisie. Qui oserait prétendre qu'on a fait jusqu'alors le possible pour l'empêcher de germer? J. Noir.

Conférence à l'Association de la Presse médicale française.

Le 7 juillet, à la suite du dîner trimestriel de l'Association de la Presse médicale française, notre distingué collaborateur et ami Marcel Baudouin a, dans une très intéressante causerie, raconté son voyage en Amérique.

Avec les projections de 150 photographies prises sur les points les plus intéressants de son voyage, M. Baudouin nous a fait partager les surprises de son odyssée. New-York, Chicago, Portland, San-Francisco, Philadelphie, Washington, etc. sont des villes étranges si on les compare à celles de notre vieille Europe, mais elles sont trop en relations avec le monde européen pour nous donner de véritables surprises. Toute autre est la ville du Grand-Lac-Salé avec ses temples mormons, son lac d'eau saumâtre où les baigneurs surnagent malgré eux, son chemin de fer sur pilotis conduisant à un casino construit en plein lac.

Si les Américains du Nord, hardis ingénieurs, sont de déplorables artistes et de regrettables architectes, comme le démontrent la plupart de leurs monuments, ils savent au moins sauvegarder les merveilles naturelles de leur pays. C'est ce que les excursions de M. Baudouin au Niagara et surtout au Parc National de Yelowstone démontrent éloquemment. M. Baudouin nous a conduits dans cette immense région déserte à 3.500 mètres d'altitude le long de la rivière du Feu où jaillissent d'innombrables geysers.

Il nous a montré ces volcans d'eau bouillante qui lancent des colonnes d'eau de 120 mètres de hauteur et qui inondent les régions qui les environnent en y déposant une couche épaisse de calcaire ou de silice. Des lacs de boues chaudes qui rendraient jaloux Dax et Saint-Amand, des fontaines d'eau bouillante surgissent de toutes parts de cratères qui occupent jusqu'aux îlots du lac de Yelowstone.

Les rochers d'obsidienne le long desquels glissent les cascades, les cañons de la rivière de Yelowstone, gorges étroites dont les falaises ont plus de 700 mètres d'élévation à pic, font de cette région, inhabitable en hiver, un pays de légende, digne des *Mille et une Nuits*; c'est l'impression que nous ont laissée les projections de M. Baudouin et la description enthousiaste bien que sobre qu'il nous a donnée de ces merveilles de la nature. J. N.

Exposition médicale rétrospective.

A propos de son cinquantième Congrès, la *Société néerlandaise pour les progrès de la Médecine* a organisé à Aruben une curieuse exposition historique d'instruments et d'appareils ayant jadis servi à l'art médical. Nous empruntons au *Journal des Débats* du 8 juillet 1899 les renseignements suivants sur cette exposition ;

« On y trouve une remarquable collection de médaillons des célébrités médicales du pays et de l'étranger depuis Boerhaave jusqu'à Donders; on y trouve des appareils qui ont servi autrefois à la médecine. Voici d'abord les appareils à l'usage des aliénés : dans des masques en fil de fer, la tête est enfermée pour les empêcher de cracher ou de mordre ; tout le corps est lié avec des bandelettes de cuir, les pieds et les mains serrés dans des anneaux et des menottes de fer.

Voici les cliquettes des lépreux, prêtées par le musée municipal de Gonda Ce sont trois petits morceaux de bois reliés par une ficelle. Tant ue la maladie n'est pas parvenue au dernier degré, le lépreux a la faculté de se promener dans la ville, mais à la condition de faire sonner continuellement sa cliquette pour que tout le monde puisse l'éviter. Et encore n'estime-t-on pas la précaution suffisante : une lettre qui figure à l'exposition des jurats de Saint-Jacobo-Capelle, près de Harlem, ordonne que le lépreux ne sorte pas sans porter un chapeau noir orné d'un ruban blanc. Au fond, l'idée de cette exposition rétrospective n'est pas mauvaise : il était impossible aux médecins d'aujourd'hui de se louer plus délicatement eux-mêmes qu'en instituant cette comparaison avec leurs devanciers. »

FORMULES

V. — Contre le prurit.

Gélatine. . . . . 15 grammes.
Grénetine . . . . 10 —
Gomme arabique. . . . . . . 0 gr. 50 centigr.
Glycérine. . . . . } ãã 30 grammes.
Eau bouillie. . . . . . . }
Oxyde de zinc . . . . 10 grammes.
Phénosalyl . . . . 0 gr. 20 centigr.

Faire tiédir et appliquer.

Gomme damar. . . . . . . } ãã 50 grammes.
Lainine anhydre. . . . . . }
Cire jaune. . . . . 30 —
Ichtyol . . . . 20 —
Poudre d'iris. . . . . 30 —
Solution caoutchoutée. . . . . 200 —

Mélanger à chaud l'ichtyol et la lainine.

(R. Bonnier, d'Arras.

VI. — Pour tarir la sécrétion lactée.

Sulfate d'atropine . . . . 0 gr. 03 centigr.
Sulfate de magnésie. . . . . . . 90 grammes.
Infusion de gentiane . . . . . 240 —

Par cuillerée à soupe toutes les deux heures jusqu'à quatre cuillerées par jour. (*Bull. gén. de Thérap.*)

Ecole de Médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira, le 21 décembre 1899, pour l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 25 juin au samedi 1er juillet 1899, les naissances ont été au nombre de 1105, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 403, illégitimes, 124. Total, 527. — *Sexe féminin* : légitimes, 405, illégitimes 173. Total, 578.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 25 juin au samedi 1er juillet 1899, les décès ont été au nombre de 857, savoir : 440 hommes et 417 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 4. T. 11. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 11, F. 7. T. 18. — Scarlatine : M. 5, F. 7, T. 12. — Coqueluche : M. 3, F. 6, T. 9. — Diphtérie. Croup : M. 3. F. 3, T. 6. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 82, T. 186 — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 13, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 9, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes. M. 23, F. 36, T. 59. — Méningite simple : M. 17, F. 13, T. 30. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 25, F. 24, T. 49. — Paralysie, M. 3, F. 4, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 18, F. 22, T. 40. — Bronchite aiguë : M. 2, F 5, T. 7. — Bronchite chronique : M. 4, F. 5, T. 9. — Broncho-pneumonie : M. 14, F. 9, T. 23. — Pneumonie : M 16, F. 16, T. 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M 13, F. 21, T. 34. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 19, T. 36. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 3, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale, M. 9, F. 8, T. 17. — Sénilité : M. 10, F. 10, T. 20. — Suicides : M 8, F. 5, T. 13. — Autres morts violentes : M. 12, F. 5, T. 20. — Autres causes de mort : M. 76, F. 57, T. 133. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 4, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25, illégitimes, 13 Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 14, illégitimes, 11. Total : 25.

Hôtel-Dieu d'Orléans. — *Concours pour l'Internat*, le mardi 12 décembre prochain, à deux heures et demie, pour 3 places d'Interne titulaire et 5 places d'Interne provisoire. — L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort, une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat des Hôpitaux de Paris.) Deux heures sont accordées pour cette composition. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le 1er janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au Secrétariat des Hospices d'Orléans. — N. B. Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

Médecins décorés. — Sur la proposition du Ministre de la Guerre, ont été promus dans la Légion d'honneur : au grade de *commandeur* : M. le médecin inspecteur Drioult. Au grade d'*officier* : MM. les médecins principaux : Pierrot, Delorme, Jeanmaire, Geschwuid et Byebuich; MM. les médecins-majors de 1re classe : Charbonnier, Perrin, Bayard et Grandgury. Au grade de *chevalier* : les médecins-majors de 2e classe de la territoriale : De Valicourt et Sales et M. le Dr Breuet (de Saint-Martin-en-Bresse). Sur la proposition du Ministre de la Marine sont nommés : au grade d'*officier* : le médecin en chef Fontorbe. Au grade de *chevalier* : MM. les médecins de 1re classe : Groguier, Roby, Aubry, Salanoue. Spin, Villette, Guilloteau, Reboul; les médecins de réserve de 1re classe : Petit et Plouzanne.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Augeard, conseiller général de la Vendée. — M. le Dr Nory de Sainte-Suzanne. — M. le Dr Maugras (de Corcelotte en Montagne). — M. le Dr Dumas (de Vallers). — M. le Dr Françon de Thoissey). — M. le Dr Varbilhon (de Noyant, Maine-et-Loire). — M. le Dr Henry Bonnet (de Luxeuil-les-Bains). — M. le Dr Bondi (de Rome). — M. le Dr Jeanjean, directeur de l'Ecole de Pharmacie de Montpellier. — M. le Dr D'Hotel (de Maudresse, Ardennes). — M. le Dr Herpin, professeur à l'Ecole de Médecine de Tours. — Sir W. Flower, du British Museum, membre correspondant de l'Institut. — M. le Dr Isaac Mayor (de Genève).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Gilles de la Tourette. Policlinique sur les maladies du système nerveux le mercredi à 10 h., laboratoire Axenfeld.

Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. — *Clinique obstétricale.* M. le Pr P. Budin, mardi et samedi à 9 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital de la Pitié. — Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux : M. Babinski, samedi, 10 h. 1/4. — *Voies urinaires.* — M. le Dr Picqué, chirurgien de la Pitié : consultation spéciale pour les maladies des voies urinaires, le jeudi à 10 heures.

Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — M. le Pr Raymond : *Clinique des maladies nerveuses*, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. — M. le Dr Déjerine, *Maladies du système nerveux*, le jeudi, à 5 heures (salle de la consultation externe). Les mercredis matin, à 9 h. 1/2, examen des malades de la consultation externe. — M. le Dr Jules Voisin, *Maladies nerveuses et mentales*, le jeudi à 10 heures.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 29. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 22 JUILLET 1899.

Le Progrès Médical

GYNÉCOLOGIE

De la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins (myomectomies et polypectomies) ;

Par le Dr L. LONGUET, ancien interne des hôpitaux.

Définition. Division. — L'extirpation du ou des seuls myomes avec conservation de l'appareil génital est l'une des méthodes radicales dont nous disposons pour attaquer les fibromes utérins. Théoriquement cette méthode est *rationnelle*, puisqu'elle met à profit la disposition capsulée des masses fibreuses, et la tendance qu'ont ces véritables corps étrangers à sortir de leur loge, expulsés par les contractions utérines ; elle est *idéale* puisqu'elle se propose la parfaite *restitutio ad integrum* et qu'elle conserve et l'organe et la fonction ; elle est *radicale* puisqu'elle supprime les parties dégénérées. En fait il en est tout autrement. Trop de légitimes espérances seraient déçues si l'on tentait de généraliser et d'étendre largement le domaine de la myomectomie. C'est qu'en effet son champ d'activité est limité aux fibromes solitaires ou paucinodulaires, aux fibromes petits et paucidéformants. Or ces cas sont en pratique les moins fréquents. Mais ils existent indiscutablement et c'est pourquoi, même en cette ère d'extirpation vaginale totale ou abdominale totale, la myomectomie survit quand même et ne peut être rayée de la thérapeutique des fibromes utérins. Le moment est venu de reviser la question en se basant sur des faits nouveaux, de rechercher si vraiment les opérations conservatrices méritent le dédain et l'oubli dans lesquels elles sont tombées. Je vais plus loin, et j'ai hâte de dire dès maintenant que la myomectomie est susceptible d'une réhabilitation presque inespérée. Elle sera dans l'avenir l'*opération de la première heure*, le jour où l'on sera convaincu comme nous que tous les fibromes comme les kystes de l'ovaire sont justiciables d'une intervention, et que tous doivent être opérés aussi précocement que possible. Alors, à côte des amputations totales de l'utérus ou hystérectomies totales qui conviennent bien aux gros fibromes, que nous voyons maintenant, s'élèvera toute une chirurgie de résection et de conservation de l'utérus qui s'appliquera aux fibromes du début, à ceux que nous sommes destinés à traiter lorsque toutes les métrorragies seront examinées avec soin par des chirurgiens compétents.

Selon que la masse à extraire se présente sessile ou pédiculisée, et qu'elle est d'évolution abdominale ou vaginale ; l'opération change de nom et de technique et devient : 1° la *myomectomie vaginale* ; 2° la *polypectomie vaginale* ; 3° la *myomectomie abdominale* ; 4° la *polypectomie abdominale*. Au terme de myomectomie, on substitue parfois celui d'*énucléation*. Cependant l'énucléation n'est qu'une manœuvre, au même titre que le morcellement, et comme lui, permettant de réaliser la myomectomie. C'est à tort également que l'on confond parfois les myomectomies et les polypectomies, car dans les unes les fibromes sont extirpés du parenchyme utérin, tandis que dans les autres ils sont déjà à moitié énucléés hors de l'utérus et par suite beaucoup plus faciles à cueillir. Comme la technique diffère, j'étudierai à part les myomectomies et les polypectomies.

I. Myomectomie vaginale ou énucléation vaginale.

Définition. — La myomectomie vaginale consiste à extraire du parenchyme utérin, par voie vaginale, le ou les fibromes sous-muqueux ou interstitiels qui y sont enchassés.

Historique.

Première période 1840-1883. *La myomectomie vaginale par le procédé de l'énucléation ou opération d'Amussat.* — Velpeau (1) est le premier chirurgien qui ait conçu la possibilité de l'énucléation des tumeurs fibreuses, Amussat (2) est le premier qui l'ait exécutée et défendue en 1840. Extraire de leur nid le ou les myomes, lorsqu'ils sont encore contenus dans les parois de l'utérus, par la manœuvre dite de l'énucléation, telle est la technique d'Amussat, qui, modifiée ou perfectionnée,

(1) Velpeau et Chassaignac. — Bulletins de la *Société anatomique*, 1833, p. 113.

(2) Amusat. — *Revue de Médecine*, août 1840, et mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses interstitielles de la matrice et sur la possibilité de les extirper lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe, Paris, 1842.

resta seule dans la pratique jusqu'en 1853. Boyer, Maisonneuve, Bérard, Lisfrane suivirent l'exemple d'Amussat. Mais la méthode avait fait son apparition trop tôt ; la septicémie et la pyohémie, quelquefois l'hémorragie enlevaient les opérées. Pourtant Hutchinson (1) tenta de démontrer que la statistique s'améliorait. Mais West (2) réunissant tous les cas depuis le début jusqu'en 1858, sur 27 opérations ne releva pas moins de 14 morts. Aussi l'énucléation fut-elle frappée d'anathème et elle tomba sous les attaques de Nélaton, de Jarjavay (3), 1850, et de Guyon (4), 1860.

En Amérique, elle fit son apparition en 1853 avec Atlee (5), puis fut plus tard défendue par Baker-Brown (1862) (6), puis par Duncan (7), que suivirent quelques chirurgiens jusqu'à Marion Sims (8), en 1874. Les résultats demeuraient toujours peu brillants puisqu'en 1871, Mannel (9) rassemblait 47 cas avec 17 morts.

C'est à ce même moment vers 1874 que l'énucléation fut accueillie avec la plus grande faveur en Allemagne grâce à Langenbeck et Kiwich, qui furent bientôt imités par Braun (10), 1874, par A. Martin (11), 1876, par Hégar (12) et vers 1870, Gusserow (13), réunissant tous les cas connus, en relevait 154 avec une mortalité de 33 0/0. En 1882, Lomer (14) établit une statistique basée sur la pratique de Braun, de Martin, de Thomas, de Liyocis (15), de Derveer, de Franek, de Jakubasch, de Czerny, etc. Bientôt Mikuliez (16), 1882, Schrœder (17), 1883, puis Chroback (18), 1885, apportèrent les résultats de leur expérience. Puis les tentatives se généralisèrent un peu partout avec Mac Donald, avec Howitz, Giommi, Immlach, Munde, More Madden, Mann, Murphy (19). Signalons enfin comme travail étranger important celui de Vuillet (20) qui préconisa l'extirpation en deux temps déjà conçue d'ailleurs par Mathews Duncan et Marion Sims. Le principe consiste à inciser d'abord la loge du néoplasme, puis à attendre une expulsion spontanée, ultérieure, ou à la provoquer par l'ergotine, l'électricité ou l'extirpation.

(1) Hutchinson. — Enucleation of fibroid tumors, *Med. Times*, 1854.
(2) West. — Maladies des femmes. Traduction de Mauriac, Paris, 1870.
(3) Jarjavay. — Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus. Thèse de concours, Paris, 1850.
(4) Guyon. — Thèse d'agrégation, 1860.
(5) Atlee. — The surgical treatment of certain fibroid tumors of the uterin heterofore considered beyond the ressources of art. Philadelphie, 1863.
(6) Baker-Brown. — *Obstetrical transactions*. Londres, 1862, t. III, p. 67-79.
(7) Duncau. — *Edimburg medical journal*, février 1867, t. XII 2e partie, p. 706.
(8) Marion Sims. — *New York medical journal*, avril 1874, t. XIX, p. 537.
(9) Mannel. — *Prager Viertel jahr eschrift*, 1871, n° 29.
(10) Braun C. — *Wiener medicin Wochenschrift*, 1874, n° 39-41.
(11) A. Martin — *Zeitschrift fur Geburt.*, 1876, p. 143.
(12) Hégar. — Gynécologie opératoire, traduite en 1886, par Bar.
(13) Gusserow. — Die Neubildungen des uterus, in *Deutsch. Chir.*, p. 87, Lief, 57.
(14) Lomer. — *Zeitschrift fur Geburt. und Gynecol.*, 16 décembre 1882.
(15) Liyocis. — Dissertation inaugurale, Zurich, 1878.
(16) Mikulicz. — *Wiener medicin Wochenschrift*, 1883.
(17) Schrœder. — Maladies des organes génitaux de la femme, traduit par Lauwers, 1884.
(18) Chroback. — *Centralblatt f. Gynecol.*, 1885, p. 115.
(19) Tous relatés par Secheyron. — Traité de l'hystérectomie, Paris, 1889, p. 226 et les suivantes.
(20) Vuillet. — Contribution à l'étude du traitement des fibromyomes intrapariétaux, *Archives de Tocologie*, 1885, p. 336.

Pendant tout ce temps, il n'était toujours guère question de l'énucléation en France. Pozzi (1), en 1875, ne se montra point favorable à la méthode ; l'attention ne fut guère attirée que par Dezanneau (2) qui, le 11 janvier 1882, communiqua à la Société de Chirurgie cinq cas d'ablation par énucléation et extraction. C'est qu'en effet, si l'opération d'Amussat ne faisait en somme que peu de progrès, il y avait à cela de puissantes raisons. L'abord des tumeurs haut situées et profondément enchâssées dans le muscle utérin était très pénible par le canal cervical toujours insuffisamment dilaté ; d'autre part, l'adhérence des fibromes dans leur capsule nécessitait une instrumentation d'extraction et d'abaissement très perfectionnée ; enfin les chirurgiens ne voyant pas bien ce qu'ils faisaient, avaient toujours la crainte de perforer l'utérus ou de laisser une trop mince coque de protection entre le péritoine et la loge vidée destinée à s'infecter. Et l'on citait partout les cas de Goodel, d'Atlée, de Thomas, de Hunter, qui, dans leurs manœuvres aveugles, avaient perforé l'utérus : l'on rappelait les nombreux cas où l'opération restée inachevée, s'était terminée par sphacèle, puis septicémie mortelle. Aussi la technique de Péan marque-t-elle une phase de transformation, et réalisa un immense progrès.

Deuxième période : 1883-1892. *La myomectomie vaginale par le procédé du morcellement ou opération de Péan.* — Dans l'œuvre de Péan, il y a deux traits dominants : 1° la conception d'une incision préliminaire de dégagement, d'une large voie d'accès vers le néoplasme, grâce à l'*hystérotomie* ; 2° l'attaque du fibrome, non plus par dégagement périphérique en bloc à la manière d'Amussat, mais par extraction du centre à la périphérie, par extirpation multifragmentaire, ou procédé du *morcellement*. On pourrait sans doute démontrer sans difficulté que Péan ne fut pas le premier à morceler les grosses tumeurs fibreuses de l'utérus. Ainsi Velpeau et Chassaignac, 1833, Dupuytren, Depaul, avaient conseillé ou pratiqué l'extirpation de polypes par morceaux. Emmet (3), dès 1874, par un procédé de traction et de morcellement du fibrome abaissé, eut une conception du même ordre, qu'il exprima très mal d'ailleurs. Mais il n'en reste pas moins établi que Péan a, de tous points, systématisé et réglementé une technique qui nous permit d'élargir singulièrement nos moyens d'action dans l'ablation des corps fibreux par le vagin. C'est de 1883 que date la première publication de ce chirurgien (4). En 1886, dans une importante leçon, il revenait à nouveau sur ce sujet de prédilection, puis il y insista dans ses cliniques, enfin il inspira l'important travail de Secheyron (5), 1889. Ce dernier, résumant la pratique entière de Péan, consignait à cette époque 40 hystérotomies pour fibromes interstitiels du corps de l'utérus, enlevés par Péan grâce au procédé du morcellement, avec trois morts. Ainsi réglée et transformée, la myomectomie vagi-

(1) Pozzi. — De la valeur de l'hystérectomie, thèse d'agrégation, 1875.
(2) Dezanneau. — Bulletin de la *Société de Chirurgie*, 1882.
(3) Emmet. — The principles and practice of Gynecology, 3e édition, Londres, 1885, p 587 et suivantes. Voir en particulier l'observation 64 et les figures 110 et 111.
(4) Péan. — De l'intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. *Gazette des Hôpitaux*, 1883, p. 636, et ablation des tumeurs fibreuses ou myomes de l'utérus par la voie vaginale. *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 250.
(5) Secheyron. — De l'hystérotomie et de l'hystérectomie, Paris, 1889.

nale ne tarda pas à se vulgariser; Segond (1), Doléris (2), Terrillon (3), Bouilly (4), Pozzi (5) l'appliquèrent, et elle aurait pris un développement sans doute considérable si au même moment l'hystérectomie vaginale pour fibromes n'était venue la supplanter presque entièrement. Entre temps, on discutait un mode d'accès, différent de l'hystérotomie, celui de l'inversion polypeuse artificielle, qu'avait déja recommandée Hutchinson en 1857, Gaillard Thomas en 1879, et plus tard Schrœder. En 1887, Le Dentu consacrait une leçon à l'inversion systématique de l'utérus pour faciliter l'extirpation des fibromyomes très volumineux. Puis le silence sembla se faire sur la myomectomie vaginale, comme au temps de Jarjavay. Toute l'attention fut attirée vers l'hystérectomie vaginale totale.

Troisième période : depuis 1892. *La myomectomie vaginale par l'énucléo-morcellement simplifiée.* — Le procédé d'Amussat ou de l'énucléation était trop simple, trop rudimentaire, et il n'avait pas porté tous ses fruits. Par contre, celui de Péan se compliqua tellement entre les mains de son auteur, et fut si loin poussé dans ses applications, que la myomectomie n'eut pas toute la faveur méritée, restant, par suite de cette complexité, l'apanage de quelques opérateurs familiarisés avec les grandes difficultés techniques de la chirurgie vaginale. Aussi une rénovation se fit tout naturellement. Doyen a eu le mérite de comprendre, d'appliquer et de vulgariser cette technique beaucoup plus simple. De la manœuvre du morcellement, qui n'a d'ailleurs subi depuis Péan aucune modification notable, Doyen (6) 1° supprima totalement l'hémostase préventive, et à l'inverse de Péan, débarrassa le champ opératoire de toute pince hémostatique, d'ailleurs parfaitement inutile, si l'on coupe l'utérus dans ses zones avasculaires (zone médiane avasculaire de Quénu et de Müller);

2° A l'hystérectomie transversale par discision bilatérale du col, de Péan, qui nécessite l'hémostase préventive des utérines, Doyen substitua pour la myomectomie l'hémisection rectiligne ou en V de la paroi antérieure, qui se fait sans hémostase préventive et sans écoulement sanguin; or, cette technique est la meilleure, aussi bien pour les polypes que pour les fibromes sous-muqueux, par suite elle devait faire son chemin et remplacer totalement l'hystérotomie transversale. Dès 1893 (7), ayant connaissance du travail de Doyen, j'ai eu moi-même l'occasion de faire une myomectomie par hystérotomie antéro-postérieure. En 1894, Veit (1) pratiqua l'énucléation vaginale par le même procédé. En 1896, Sébileau (2) puis Schwartz, en recommandèrent l'emploi. Enfin, fait curieux, Péan (3) lui-même, au Congrès de 1897, au chapitre Hystérotomie vaginale, représente précisément en figure une section médiane antéro-postérieure comme moyen d'attaque de la tumeur qu'il se propose d'extirper; mais, dans le texte, il ne dit nulle part s'il fait la discision transversale ou la section médiane. Entre temps, quelques rares myomectomies ont été réalisées, beaucoup selon la technique de Péan (4); et je citerai les cas de Wichert (5), de Léopold (6), de Braun (7), de Noble (8), de Ricard (9), de Jacobs (10), etc. Ils doivent être distingués des ablations de polypes géants, et les cas intéressants de Bouilly, de Picqué, de Marchand, de Laroyenne, de Quénu, de Buffet, etc., sur lesquels je reviendrai à propos des polypectomies.

Quatrième période : 1899. — La phase qui va s'ouvrir et que je tiens à marquer par ce travail, consistera : 1° dans la réhabilitation partielle de la myomectomie vaginale, comme opération de la première heure; 2° dans la *suppression totale du morcellement* de Péan avec *restitution de l'énucléation d'Amussat.* Mais énucléation bien nette et bien précise, faite facilement en plein jour par l'hystérotomie médiane. Quant aux fibromes plus volumineux, ceux que Péan enlevait par morcellement, ils sont destinés, je crois, à être enlevés avec facilité et sans morcellement par une opération toute nouvelle, rivale de la myomectomie vaginale, et qui commence à grandir; c'est la myomectomie ou énucléation abdominale. Il se passera, en somme, dans la chirurgie conservatrice des sections et résections de l'utérus, exactement le même mouvement que celui qui vient d'avoir lieu pour la chirurgie d'exérèse totale de l'utérus; c'est-à-dire que pour les cas un peu difficiles et les fibromes déjà volumineux, c'est la voie haute qui prendra le dessus. Volume d'une tête d'enfant, pour la myomectomie vaginale; volume remontant jusqu'à l'ombilic, pour l'hystérectomie vaginale; voilà à quelles limites nous étions conduits par Péan. Actuellement tout est changé : volume d'un œuf pour la myomectomie vaginale; volume du poing ou tout au plus des deux poings

(1) Segond. — Cité par Secheyron, p. 132 et Bulletin de la *Société de Chirurgie,* 1889.

(2) Doléris. — Cité par Secheyron dans ses observations.

(3) Terrillon. — Ablation par le vagin des fibromes utérins à large base d'implantation. Bull. et Mémoires de la *Société de Chirurgie.* 15 mai 1889.

(4) Bouilly. — Bull. et Mém. de la *Société de Chirurgie.* 1889, p. 419.

(5) Pozzi. — Traité de Gynécol., 1892.

(6) Doyen. — *Archives provinciales de Chirurgie,* 1892, 1893, tirage à part, p. 95 : « Nos opérations d'hystérotomies, c'est-à-dire les énucléations de polypes et de fibromes interstitiels, sont au nombre de 22. Nous avons pratiqué les premières dès 1887... Notre procédé opératoire a toujours été sensiblement le même : section de la lèvre antérieure du col, si ce dernier n'était pas suffisamment entr'ouvert, et morcellement progressif de la tumeur, avec cette particularité que de même que pour l'hystérectomie, nous incisons le ou les fibromes en V, d'avant en arrière et longitudinalement, et que nous agissons toujours à leur surface, plutôt qu'à leur centre. »

(7) Longuet. — Il s'agissait d'une malade du service de Terrillon, qui nous avait été confiée par notre maitre, pour un curettage avec le diagnostic métrite hémorragique ou fibrome. Sous le chloroforme, après dilation du col, un fibrome peu volumineux fut reconnu inclus dans la paroi antérieure du corps, grâce au toucher intra-utérin. L'hémisection médiane fut faite sur le col et le corps, après incision circulaire du vagin et décollement de la base de la vessie. Le fibrome, du volume d'un petit œuf, fut extrait facilement par simple traction, puis l'incision de l'hystérotomie fut suturée par quelques points de catgut. La malade guérit de l'opération et n'eut plus de pertes, quoique le curettage n'ait pas eu lieu.

(1) Veit. — Myomotomie vaginale, *Centralblatt für Gynœcol.,* 1894, p. 263, et *Semaine Gynécologique,* 1896, p. 204.

(2) Sébileau. *Gazette médicale de Paris,* janvier 1897 et thèse de Gannat. De l'hystérotomie médiane vaginale antérieure comme moyen d'extirper les fibromes sous-muqueux, Paris, 1897.

(3) Schwartz. — *Semaine gynécologique,* 24 novembre 1896, p. 338. Nota : Gannat réclame la priorité de l'opération de Sébileau sur celle de Schwartz ; il aurait pu faire quelques recherches bibliographiques qui lui auraient appris que Schwartz et Sébileau, depuis 1887, avaient été largement devancés dans cette voie, tant en France qu'en Allemagne.

(4) Péan. — *Congrès français de Chirurgie,* 1897.

(5) Wichert. — Ueber vaginale myomectomie, *Berlin und arb. aus. der Frauenklin.* zur Dorpat. Wiesbaden, 1894, p. 698, 772. et Dorpat, 1893.

(6) Léopold. — *Archiv. f. Gynecol.,* 1890, vol. XXXVIII, f. I.

(7) Braun. — Cité par Pozzi, p. 216, t. I.

(8) Noble. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique,* 1897.

(9) Ricard. — Traitement des fibromes utérins, *Gazette des hôpitaux.* 1898.

(10) Jacobs. — *Annales de l'Institut Sainte-Anne,* t. II, n° 1, 1898.

pour l'hystérectomie vaginale, telles sont les nouvelles frontières de la chirurgie vaginale, qui voit par suite presque disparaître complètement le morcellement, que j'ai maintes fois combattu.

Technique.

Pour la technique, telle que nous la comprenons, nous supposons un ou deux fibromes, de siège interstitiel ou sous-muqueux, chez une femme jeune, c'est-à-dire chez qui il y a tout intérêt à appliquer la thérapeutique conservatrice : enfin fibrome de très faible volume, et j'y insiste. A la formule de Péan-Schrœder-Segond (1889) (1), pour myomectomie vaginale, c'est-à-dire tumeur ne dépassant pas le *volume d'une tête de fœtus*, j'oppose aujourd'hui cette autre formule : fibrome ne dépassant pas le *volume d'un œuf*, les autres devant passer à la myomectomie abdominale.

Tout est disposé comme pour une hystérectomie vaginale, le vagin est désinfecté, la vessie est évacuée, un curettage préliminaire est fait s'il y a de la métrite concomitante, et la cavité utérine est désinfectée par une solution diluée de teinture d'iode. La dilatation lente du col est inutile. Le col étant abaissé par des pinces à traction et le vagin récliné par une valve, voici en quoi consiste l'opération.

A. Acte préliminaire, découverte de la tumeur par hystérotomie.

Premier temps. Incision circulaire du col, à 1 centimètre 1/2 de l'orifice externe, faisant le tour complet s'il y a une tumeur assez grosse; ou hémicirculaire seulement s'il s'agit d'un tout petit noyau fibreux.

Deuxième temps. Libération de col, en avant, en arrière et sur les côtés, séparation du réservoir vésical et des uretères par voie de décollement avec le doigt, en procédant largement sur les côtés, absolument comme dans une hystérectomie vaginale. Puis, par l'ouverture du Douglas, *exploration* attentive de la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges, afin de ne pas laisser passer inaperçu quelque petit fibrome; même exploration de la face antérieure de l'utérus si le cul-de-sac péritonéal antérieur a été incisé. Il n'y a, dans l'espèce, aucun inconvénient à ouvrir le péritoine.

Troisième temps. Hystérotomie proprement dite. Aucune hémostase préalable n'ayant été faite sur les utérines, le col sur toute sa longueur est incisé, non pas par la discision transversale de Péan qui exigerait des pinces sur les utérines, mais par l'incision dans la zone médiane avasculaire de Quénu et de Muller. Suivant les cas, on fait une *hémisection* médiane antérieure ou postérieure de Doyen, ou une *bisection* médiane de Quénu. Ici l'hémisection suffit d'ordinaire ; elle est linéaire. (Doyen, 1892, Longuet, 1893, Veit, 1894, Sebileau, 1896, Schwartz, 1896); exceptionnellement elle sera bilinéaire en V (Doyen) ou trilinéaire en Y (Doyen) détachant un lambeau mobile de la paroi utérine, sorte de couvercle qui, relevé, donne un large accès sur le néoplasme. Jamais il ne sera nécessaire de recourir aux incisions multilinéaires en rayon de Chroback.

Bientôt les ciseaux découvrent le fibrome qui se reconnait à sa consistance ferme, et, si l'hystérectomie a été suffisante, la masse blanchâtre arrondie, nodulaire, se présente à la vue; aucune pince hémostatique n'a été mise jusqu'ici, et il n'en faudra pas davantage pour la suite.

B. Acte fondamental. L'extirpation par énucléation.

L'extirpation doit se réduire, pour la myomectomie vaginale limitée dans les indications qui ont été précisées plus haut, à quelques manœuvres extrêmement simples sans cet arsenal compliqué qui désormais n'appartiendra plus qu'aux polypes géants. L'extraction d'un fibrome tout au plus gros comme un œuf, s'obtient soit :

a) Par simple traction, rotation, torsion, arrachement;

b) Soit par énucléation au doigt ou à la spatule, ou surtout avec les ciseaux courbes employés comme levier (manœuvre recommandée par Quénu);

c) Soit par quelque incision tangentielle du fibrome, destinée à fournir des points d'appui solides pour les pinces à traction. Presque jamais l'on ne sera entraîné à une véritable extirpation par morceaux, même si le néoplasme adhère dans sa capsule. Après l'ablation du fibrome, on recherchera par la sonde cannelée, par le palper ou le toucher digital intra-utérin s'il n'y a pas quelque autre nodule fibreux à énucléer et à traiter de la même manière ; l'opération devra toujours être aussi complète que possible.

C. Acte consécutif. Hystérorraphie.

Après s'être assuré que la loge évacuée ne saigne pas, après y avoir introduit un drain ou une mèche de gaze stérilisée (à double fin de drainage et de tamponnement) dont on laisse le chef inférieur descendre dans le vagin, la plaie d'hystérotomie est refermée de haut en bas, par des points de suture, en un plan ou mieux à étages, en surjet ou mieux séparés, à la soie ou mieux au catgut, pour n'avoir rien à enlever; tous bien serrés afin d'éviter une filtration sanguine. Enfin l'utérus est doucement refoulé en sa situation normale ; une sonde à demeure est laissée pendant vingt-quatre heures dans la vessie, quelques tampons sont placés dans le vagin. Il est rare que le suintement sanguinolent par le drain soit notable, car la loge du fibrome se rétracte avec une extrême rapidité, parfois même sous les yeux du chirurgien dès que la tumeur est enlevée ; c'est donc par surcroît de précaution, qu'on a recommandé après l'opération l'ergotine et les injections chaudes pour stimuler la contractilité du muscle utérin. Cette médication, comme le morcellement pour myomectomie vaginale, ne doit plus appartenir qu'à l'histoire. Elle avait sa raison d'être pour ces accouchements d'énormes masses que Péan et d'autres enlevaient par le vagin, et qui laissaient une mince coque utérine d'une vitalité douteuse et d'une infection secondaire constante.

Les suites de l'opération décrite plus haut sont insignifiantes ; il n'y a plus à redouter la fièvre et l'infection de vastes loges dénudées que laissait la myomectomie poussée aux extrêmes limites d'autrefois. En cas d'ascension thermique, les mèches et le tamponnement vaginal seraient enlevés et remplacés par de larges irrigations avec une substance désinfectante (en particulier avec l'eau oxygénée dont Quénu a généralisé l'emploi). En cas d'hémorragie persistante, il suffit, à mon sens, d'oblitérer le col par une pince à demeure pendant vingt-quatre heures. Si enfin, au cours même de l'opération, l'utérus aminci et troué paraît impropre à la conservation, l'hystérotomie sera sur-le-champ com-

(1) Segond. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1889.

plétée par l'hystérectomie, ce qui est bien simple puisque la section médiane est implicitement comprise dans les procédés d'hystérectomie de Doyen et de Quénu. De toute façon, la malade aura été prévenue de la nécessité possible d'en venir à une exérèse de l'utérus.

Valeur et résultats de la myomectomie vaginale.

Actuellement, la question de la gravité de la myomectomie vaginale est jugée. Les statistiques anciennes de West, de Mannel, de Braun, de A. Martin, de Pozzi, de Gusserow, de Lomer, de Chroback, qui relevaient successivement une mortalité progressivement décroissante, n'ont plus qu'un intérêt purement historique. Dès 1890, la léthalité était à peu près nulle avec les faits de Ascher (1), de Léopold (2), de Braun (3), de Terrillon (4), de Segond (5). Les observations plus récentes de Doyen, de nous-même, de Veit, de Sébileau, de Schwartz, de Noble, de Ricard, ont toutes été suivies de succès. Dans une statistique personnelle toute récente, Chrobach (6) signale 97 énucléations vaginales avec un seul décès. Et, en limitant la myomectomie aux tout petits fibromes, elle ne peut dépasser 0 0/0. Elle est donc beaucoup moins grave que les polypectomies pour polypes géants Mais les conditions opératoires ne sont pas comparables. Les reproches d'hémorragie, de perforation, d'inversion, de septicémie, d'extirpation incomplète dont on a accusé jadis la myomectomie, ne s'adressent qu'aux cas où l'opération a poursuivi trop loin l'attaque de grosses tumeurs à l'aide du morcellement. Par conséquent, ces attaques visent le morcellement, et viennent par contre en faveur de la doctrine que je soutiens, à savoir que le morcellement doit disparaître de la technique de la myomectomie vaginale, pour faire place à la simple énucléation d'Amussat faite en plein jour, sous le contrôle de la vue et du doigt, par hystérotomie préliminaire médiane.

Le gros point noir est celui de la récidive ou mieux de l'évolution possible de noyaux fibromateux passés inaperçus. C'est ici que nous entrons sur le terrain de la valeur curative de la myomectomie vaginale. Que disent, à ce point de vue, les statistiques récentes ? Par malheur, la myomectomie est si peu en faveur, que les statistiques personnelles étendues manquent. Les faits isolés n'ont pas été suivis. Et c'est en somme aux faits de répondre et non aux considérations théoriques. Or, voici déjà des résultats dignes de considération. Sur une série de 17 myomectomies vaginales faites par Noble (7) jusqu'en 1897, ce chirurgien a consigné que « non seulement toutes les femmes se remirent de leur opération, mais elles retrouvèrent la santé. De ces malades, *pas une* n'est revenue avec une tumeur développée aux dépens de nodules fibromateux laissés *in situ* ». On pourra répondre qu'il s'agit là d'une série heureuse et d'exception ; cette remarque est acceptable, il convient donc de surseoir encore avant d'établir un jugement définitif. Mais l'opération, telle que nous la limitons dans ses applications, est si insignifiante, qu'il n'y a aucun inconvénient à la renouveler s'il y a lieu, comme on réitère les arthrectomies avant d'en venir aux résections larges. D'ailleurs il sera toujours temps de procéder ultérieurement à une exérèse totale, si besoin est, après avoir essayé la conservation aussi loin que possible, et escompté les très réels bénéfices qui en seront obtenus dans nombre de cas. Jusqu'ici les faits paraissent plaider en faveur de l'opération parcimonieuse lorsqu'elle est pratiquée avec discernement. Mais quand faut-il faire de la conservation ?

Indications et conclusions.

Il est tout d'abord une circonstance très particulière, où la seule ablation du myome doit être le but cherché. C'est lorsque bas situé, dans le col, le fibrome coexiste *avec une grossesse*, et de ce fait laisse des craintes au sujet d'un accouchement possible sans complication. A condition toutefois que l'opération elle-même reste assez minime comme dégâts et comme traumatisme pour ne pas provoquer l'avortement.

Le fait d'une lésion fibromateuse très limitée, d'un fibrome soupçonné *solitaire* ou à peu près, de *petit volume*, ne dépassant pas celui d'un œuf, est une indication à la conservation.

Enfin, et surtout, l'indication se précise si les conditions précitées se rencontrent chez une *femme jeune*, qui peut ou qui a le désir d'être mère.

La myomectomie vaginale nous apparaît comme l'opération de la *première heure*, c'est celle qui, à cet âge de la lésion, réalise le mieux le but visé (suppression des troubles fonctionnels, douleurs et métrorragies) aussi bien que l'exérèse totale, et incomparablement mieux que la castration d'Hégar-Battey, puisqu'elle vise directement le néoplasme. Enfin, et surtout, elle se présente avec la séduction des opérations économiques et conservatrices. Aux utérus fibromateux impropres à toute conservation, les opérations radicales d'emblée sans discussion, les hystérectomies. Aux utérus à peine dégénérés, aux fibromes du début, ceux que nous serons appelés à voir plus tard lorsque l'habitude sera prise de plus en plus, de soumettre les femmes qui ont des pertes à un examen gynécologique précoce et compétent, la myomectomie d'abord et la conservation. Enfin, aux cas limites qui sont peut-être les plus nombreux, vu l'insuffisance de nos moyens d'exploration du parenchyme utérin, et l'absence de renseignements précis sur l'état exact des lésions en ces cas douteux, l'hystérectomie vaginale faite par les procédés de section médiane de Quénu ou de Doyen, mais avec l'*intention bien arrêtée de ne sacrifier l'utérus qu'en toute connaissance de cause*, après hystérotomie exploratrice de contrôle, après l'incision homologue de la colpotomie dans les suppurations pelviennes; avec la recherche de la conservation si elle est possible. Nul doute qu'ainsi comprise, la myomectomie vaginale ne regagne du terrain qu'elle a hâtivement perdu par la naissance et le perfectionnement rapide des opérations radicales.

II. — Polypectomie vaginale.

Définition. Limitation du sujet. — La polypectomie est l'exérèse dirigée contre les fibromes à évolution cavitaire déjà pédiculisés. Elle se distingue de la myomectomie vaginale en ce que cette dernière ne vise que les fibromes sessiles ou encore inclus dans le mus-

(1) Ascher (de Hambourg). — Zur Kasuistick der Myomoperationen : *Zeitschrift für Geburts... und Gynecol.* 1890, t. XX.

(2) Léopold. — Die operative behandlung des uterusmyomon. *Archiv. für Gynecologie*, 1890.

(3) Braun E. (fils). — *Beitrag zür lehre des laparotomien*, Vienne, 1890.

(4) Terrillon. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1889.

(5) Segond. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1889.

(6) Chroback. — VIIIe *Congrès* de la Société allemande de Gynécologie du 24 au 27 mai 1899, tenu à Berlin.

(7) Noble. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1897.

cle utérin. Et il importe de conserver entre elles des limites précises. Segond à juste titre a fait remarquer à la Société de Chirurgie, en 1889, que la technique et le pronostic opératoires sont essentiellement différents.

Historique. — L'ablation des polypes utérins moyens et petits n'offre plus aujourd'hui aucun intérêt. L'on ne discute plus sur la manière d'attaquer le pédicule par la ligature lente, et la sercission comme le préconisa Boyer, par le polypotome ou le polypotribe comme le firent Avcling et Sims, par la pince emporte-pièce à l'exemple de Nélaton, par le serre-nœud de Maisonneuve si vanté par Gallard, ou l'écraseur linéaire préféré par Verneuil, Meier et Metzer, ou la cautérisation ignée et le galvano-cautère. Tout cet arsenal était en honneur parce qu'on redoutait l'hémorragie au niveau du pédicule. Or, ici rien ne saigne, ni le tissu fibromateux lui-même, ni son pédicule, toujours l'écoulement est insignifiant. Dupuytren l'avait déjà dit. Qu'il nous suffise pour montrer les résultats de cette instrumentation motivée par la peur du sang, de dire qu'il n'y a pas bien longtemps, entre les mains d'un chirurgien, l'écraseur linéaire, en glissant, sectionna la paroi utérine dans toute son épaisseur. Il n'est pas encore bien loin de nous le temps ou l'on discutait à perte de vue sur la manière de traiter ce pédicule avec le serre-nœud ou l'écraseur. Pozzi (1) dans son article de 1885 sur les polypes énormes indique un artifice pour s'en servir, et en 1889 à la Société de Chirurgie, il y avait encore des partisans convaincus de ces vieilles techniques (2). Et telle est la force des errements antiques qu'en 1898 dans la dernière discussion relative aux polypes sphacélés l'on entendit parler par moments du serre-nœud.

Avec l'antisepsie et l'avènement des instruments sanglants, la polypectomie appliquée aux petits et moyens polypes devint presque brusquement une intervention de petite gynécologie. Par la ligature lente et le sphacèle qu'elle déterminait, la mortalité dépassait « celle du choléra asiatique » (Gusserow). Par la section franche au bistouri ou au ciseau, après désinfection préalable du vagin, la léthalité est nulle. A travers l'orifice du col spontanément ou artificiellement dilaté, la tumeur est saisie tangentiellement par une prise solide, puis tordue plusieurs fois de suite, enfin accouchée par extraction lente, pendant qu'une main abdominale s'assure que le fond de l'utérus ne s'inverse pas. Si le pédicule élargi résiste, on le sectionne avec des ciseaux courbes insinués jusqu'à lui, et glissés le long d'un doigt comme repère, lorsque cela est possible. Point n'est utile d'attendre deux ou trois jours après la section comme le recommandait Pozzi, avant d'en venir à l'extirpation. comme instruments tranchants, les meilleurs sont les ciseaux courbes à manche long ; ils remplacent avantageusement la serpe de Courty. L'hémorragie provenant de la surface d'implantation est toujours négligeable, même pour les polypes géants dont il sera question plus loin. Et si l'hémorragie cesse toujours rapidement, c'est parce que la coque utérine se contracte bientôt dès qu'elle n'est plus distendue par le corps étranger. En cela l'utérus se comporte de même et pour l'accouchement normal et pour l'accouchement d'un polype. Au besoin un tamponnement avec une mèche stérilisée maitrisera le suintement sanguin, et si l'écoulement était inquiétant, on ferait comme je l'ai recommandé plus haut l'occlusion temporaire du col par une pince à abaissement laissée en place quelques heures. Dans un cas récent de métrorragie profuse entretenue par un fibrome en train de se pédiculiser, Quénu s'apprêtait à faire la suture du col.

Au contraire des précédents, les énormes polypes ou polypes géants conservent le plus haut intérêt pratique, tant par les difficultés de technique opératoire auxquelles ils peuvent donner lieu, qu'au point de vue des conditions souvent désastreuses dans lesquelles l'intervention est pratiquée d'urgence. Les anciens chirurgiens. depuis Velpeau et Chassaignac, et les premiers gynécologistes nous ont transmis quelques artifices de technique encore utiles aujourd'hui. Mais les difficultés sont telles que l'on n'osa guère s'attaquer à ces énormes tumeurs. Si l'on reste sur le terrain purement opératoire, les premiers documents utilisables sont ceux de Depaul, de Cusco, de Verneuil, de Bœckel et de Pozzi, tous réunis dans le travail de ce dernier (1885) concernant les énormes polypes. Sur 13 cas traités par l'écraseur, le serre-nœud ou l'anse galvanique, Pozzi relève 5 morts. En 1889 Péan en consigne quelques observations dans la thèse de Secheyron (1). La même année Bouilly (2) mentionne un cas d'un intérêt spécial, puis Doyen (3) 1892, Picqué (4), Marchand (5), Laroyenne (6), Reynier (7), Potherat (8), en 1893, Quénu (9), en 1895, Buffet (10), Lejars (11), Routier (12), Reboul (13) (1898), consignent toute une série de faits intéressants que j'ai réunis pour cette étude uniquement consacrée, je le répète, aux énormes polypes, qu'ils soient d'ailleurs sphacéliques ou non, septicémiques ou non. Aucun travail de ce genre n'a été fait depuis celui de Pozzi 1885, et cependant il s'agit d'une question d'un intérêt primordial.

Technique.

Préliminaires. — Il importe au plus haut point de faire précéder l'intervention d'une *désinfection* relative du vagin. Les conditions locales sont des plus mauvaises. Des écoulements roussâtres, séreux, ou séropurulents, fétides avec putrilage, avec ulcérations de la muqueuse vaginale, avec clapiers inaccessibles, avec sphacèle superficiel ou en bloc de la masse néoplasique, voilà quel est l'état de la région. C'est dire que la désinfection ne peut prétendre être parfaite ; encore faut-il travailler à ce but pendant quelques jours. A un autre point de vue le temps n'est pas perdu ; l'état général de ces femmes anémiées et infectées est déplorable, il faut le relever quelque peu par des injections de sérum et un traitement médical approprié. D'autant qu'elle est longue, pénible et grave, l'opération qu'il s'agit de pratiquer chez ces malades à résistance mi-

(1) Pozzi. — Des énormes polypes, *Revue de Chirurgie*, 1889.
(2) Terrillon. — De la myomectomie et du morcellement. Bulletins et Mémoires de la *Société de Chirurgie*, 1889.

(1) Secheyron. — *Traité de l'hystérotomie*, 1889.
(2) Bouilly. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1889, et Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1898.
(3) Doyen. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1892, décembre.
(4) Picqué. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1893.
(5) Marchand. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1893.
(6) Laroyenne. — *Mercredi médical*, 1893.
(7) Reynier. — *Congrès* français de Chirurgie, 1893.
(8) Potherat. — *Congrès* français de Chirurgie, 1893, et Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1898.
(9) Quénu. — Cas inédit auquel j'ai assisté.
(10) Buffet (d'Elbeuf). — Bulletins de la *Société de Chirurgie* 1898.
(11) Lejars. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1898.
(12) Routier. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1898.
(13) Reboul. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1898.

nime. Cependant il faut agir, c'est la seule chance de salut : c'est une intervention d'urgence.

Les énormes polypes ressortissent en très grande partie à la *voie vaginale* seule; non seulement parce-qu'ils vont au devant de l'opération de ce côté, et qu'ils se dirigent d'eux-mêmes vers le vagin dans leur évolution, mais aussi parce que leur qualité septique contre-indique toute manœuvre abdominale. Le néoplasme est abordé par les voies naturelles, après dilatation ou incision du col, ce qui est rarement nécessaire puisqu'ils habitent déjà le vagin; sans débridement périnéal préliminaire comme l'ont à tort recommandé Dupuytren, et après lui Heywood Smith, 1881, et Kœberle, 1888. Le morcellement, sous toutes ses formes, est la technique de choix; c'est ici le triomphe du morcellement. Le chirurgien doit avoir préparé à l'avance toute une instrumentation spéciale, en rapport avec le volume et les difficultés prévues de l'opération. Mieux vaut trop d'instruments que pas assez, afin de moins s'exposer à laisser l'extirpation inachevée, comme cela peut arriver à chacun. Tout étant bien préparé, le chirurgien saisit énergiquement la tumeur par des pinces à griffes solides, et l'attaque par l'une des deux manœuvres suivantes qui seront isolées ou combinées selon les besoins : simultanément ou encore alternativement.

Polypectomie vaginale.

A. *Manœuvres de l'énucléation d'Amussat.*

1° *Traction, rotation, torsion, arrachement*, de Duncan et Ellinger. — Il faut saisir la tumeur par des pinces à griffes solides et puissantes de différents modèles; pinces à kyste dentées, à plateau fenêtre carré de Péan, ou à plateau rond de Nélaton, ou à plateau allongé de Péan, ou simples pinces à abaissement de Richelot à six, huit, dix ou douze dents, ou encore de très longues pinces en forme de rateau. Enfin, dans ce même but de traction, on a imaginé des tire-bouchons pour morcellement vaginal (Polk-Segond) (1). La tumeur étant bien fixée, on lui imprime des mouvements de traction, de rotation, de torsion, d'arrachement.

2° Manœuvre de l'*énucléation simple* ou d'Amussat. — Elle n'est guère utile qu'à la fin, lorsque le dôme de la tumeur se laisse décortiquer et s'accouche presque de lui-même brusquement. L'énucléation se fait avec le doigt ou une sonde cannelée, ou une spatule, ou des spatules de différents modèles, dites énucléateurs de Pozzi, énucléateurs de Sims, cuillère dentée de Thomas. Pendant que des tractions sont exercées tranquillement sur le pôle accessible du fibrome, on tente de décortiquer celui-ci de son nid celluleux. Une manœuvre que nous avons vu employer avec fruit par Quénu, consiste à insinuer les grands ciseaux courbes fermés entre la masse et sa capsule, et à s'en servir comme d'un levier, par redressement.

3° *Par incisions tangentielles périphériques.* — Elles consistent à sectionner la masse en allant de la périphérie vers le centre, soit par sections simples antéro-postérieures (Quénu), véritable section médiane du fibrome qui offre, par ses tranches de section, de larges surfaces de prise pour les pinces ; soit par section en V d'avant en arrière (Doyen); soit par section en escalier ou allongement opératoire de Simon, soit par incision spiroïde de Hégar et dévidement par rotation, soit par évidements coniques (Chassaignac, Velpeau), soit enfin par le forceps-scie (Péan) aujourd'hui abandonné.

4° Manœuvre de l'*amoindrissement.* — Elle consiste à comprimer la masse, à la *disloquer*, par le cranioclaste de Braun, ou le céphalotribe de Frænkelhauser, ou le forceps denté de A. Martin, ou le forceps à dents de brochet de Jeannel en même temps qu'on procède à de véritables manœuvres obstétricales pour le dégagement (Lejars).

B. *Manœuvre du morcellement de Péan.*

1° Le morcellement et l'évidement central consiste à amoindrir la masse en la fragmentant du centre à la périphérie, et en l'extirpant morceaux par morceaux. L'évidement se réalise sous forme de cônes (Péan) taillés au bistouri ou aux ciseaux solides à embryotomie de Dubois; ou sous forme de cylindres pleins libérés par des cylindres dentés de Segond (1) ou par des cylindres coupants de Doyen, puis extirpés par des pinces gouges fenêtrées de différents modèles, notamment de Doyen.

Connaissant bien ces différents artifices, l'on arrive presque toujours mais généralement après beaucoup de temps et de fatigue, à mener à bien l'extirpation des énormes polypes fibreux. Après avoir longtemps resté sur place, l'opérateur est surpris à la fin, lorsqu'en exerçant quelques tractions dans un sens favorable, il ramène tout à coup et d'un bloc une volumineuse masse arrondie qui constitue la calotte de la tumeur. Dès lors l'opération est terminée. Il faut, dans le vaste gouffre résultant du départ du néoplasme, placer une ou plusieurs compresses stérilisées, s'assurer après un instant qu'il n'y a pas d'hémorragie, ce qui est la règle, même avec un large pédicule, parce que l'utérus se contracte. Si l'écoulement sanguin était inquiétant, le vagin serait, sur-le-champ, bourré de compresses aseptiques; et celles-ci seront comptées, afin de ne pas s'exposer à en laisser une dans le vagin pendant quelque temps.

L'éclairage électrique peut être utile lorsqu'à la fin de l'opération le champ opératoire devient profond. En terminant, il faut s'assurer de l'état du vagin et de la vulve, et restaurer les déchirures par quelques points de catgut. Le pansement consiste dans un tamponnement modéré du vagin. Une sonde à demeure est mise dans la vessie pendant 48 heures.

Les suites demandent à être surveillées attentivement au point de vue de l'infection, toujours à redouter dans ces fibromes septiques ou sphacéliques. Les irrigations continues avec l'eau oxygénée comme l'emploie Quénu, rendent de grands services et seront instituées à la première menace. Même si l'on s'entoure de toutes les précautions, les accidents septiques peuvent survenir. Souvent ils ne font que continuer après l'opération comme avant. Si cela est possible, il ne peut être qu'utile de toucher au thermo toute la surface accessible de la tumeur, afin de la stériliser quelque peu au moment de l'attaquer.

Polypectomie vagino-abdominale. — Une question reste encore pendante pour les énormes polypes s'étendant de la vulve à l'ombilic. Sans doute la voie vaginale peut suffire en pareil cas, grâce à la combinaison des différents artifices du morcellement. En 1895, j'ai assisté Quénu dans l'extirpation d'une de ces masses qui remplissait tout le vagin jusqu'à la vulve et remontait un peu au-dessous de l'ombilic; après un morcellement de près de 2 heures, la calotte finale fit son apparition,

(1) Polk cité par Secheyron, page 130.— Polk propose une sorte de tire-bouchon pour évider la cavité et exercer les tractions nécessaires. *Répertoire de Gynécologie*, mai 1887.

(1) Segond cité par Secheyron.

et la malade guérit. Mais les difficultés peuvent être telles, que l'opération demeure inachevée. J'en ai lu une observation de Péan; j'en cite une autre de Laroyenne, et dans les deux cas la malade mourut ultérieurement de septicémie lente. « J'ai vu, dit Bouilly, l'abandon dans l'utérus d'une portion fibromateuse donner lieu à des accidents de septicémie aiguë avec suppuration du parenchyme utérin. L'important c'est d'aller jusqu'au bout, c'est-à-dire de faire une ablation complète, pour pouvoir désinfecter d'une façon radicale la cavité et les tissus de l'utérus. » Or, il faut savoir et prévoir que dans certains cas la voie vaginale peut être insuffisante et exposer à ces opérations incomplètes. C'est pour l'un de ces cas que, par nécessité, Bouilly (1898), après avoir enlevé par le vagin le lobe inférieur du néoplasme, se trouva amené à pratiquer sur-le-champ une laparotomie, puis une hystérotomie pour extraire par morcellement le lobe supérieur non infecté de la tumeur ; enfin il termina par une hystérectomie vaginale. La malade déjà infectée, mourut trois jours après, mais comme le dit Bouilly, le plan était mauvais.

Polypectomie abdomino-vaginale. — A l'opposé de la voie vagino-abdominale, on a donc songé à employer la voie abdomino-vaginale. La première opération ainsi conduite fut celle de Bouilly, 1889. Par une hystérotomie médiane abdominale, il énucléa le lobe supérieur de la tumeur, puis ferma par seize points l'incision de l'utérus, après avoir vérifié la solidité de cette suture à l'aide d'une injection poussée dans l'utérus, puis le reste du polype fut enlevé par en bas. L'involution de l'utérus fut rapide et la guérison prompte. Le deuxième exemple d'opération césarienne abdominale pour polype géant, que j'ai relevé, appartient à Marchand, 1893. Ce chirurgien fit l'hystérotomie abdominale, extirpa péniblement la tumeur, et finalement termina par une hystérectomie à pédicule externe. La malade succomba de septicémie. Dans un troisième cas, suivi de guérison, Bouilly, 1898, enleva d'abord par morcellement abdominal le lobe utérin non infecté, puis extirpa par le vagin le segment inférieur de cette masse en sablier et termina par l'hystérectomie vaginale.

Polypectomie première et hystérectomie consécutive. — Lorsqu'au cours ou à la fin d'une polypectomie, l'on soupçonne ou l'on reconnaît des lésions utéro-annexielles, pyométrites et salpingites, ou encore lorsqu'on considère la coque utérine restante comme impropre à la conservation, il faut immédiatement compléter la polypectomie par l'hystérectomie consécutive, soit abdominale comme l'a fait Marchand, soit vaginale comme l'a fait Bouilly. Par en haut comme par en bas, cette hystérectomie se présente dans des conditions particulièrement défavorables. Par en haut, elle est difficile parce que le col, extrêmement élargi, s'oppose à la pédiculisation et à l'extériorisation de l'utérus, ainsi qu'aux manœuvres faites en arrière de l'organe. Par en bas, ce même anneau cervical effacé et déformé se prête mal à la circulaire puis à la libération du col. En sorte que, des deux manières, l'exérèse totale reste atypique. L'abdominale totale ou la vaginale totale d'emblée sans polypectomie et sans morcellement ou ablation préliminaire d'un fragment de la masse sont théoriquement plus rationnelles, mais d'une exécution peut-être plus difficile encore. L'on voit donc, par cette étude détaillée de technique, que le problème de l'intervention pour les énormes polypes reste jusqu'ici le point le plus difficile à résoudre actuellement dans le traitement opératoire des fibromes utérins.

Valeur et résultats de la polypectomie vaginale pour polypes géants. — Sans doute le morcellement vaginal, sous l'initiative de Péan, a réalisé de bien grands progrès. On ne peut contester, qu'en possession d'une instrumentation et d'une technique satisfaisantes, nous ne craignons plus aujourd'hui d'attaquer ces énormes polypes, sphacélés ou non, que nos devanciers laissaient prudemment tranquilles. La mort était l'invariable conséquence de cette abstention. Il paraît superflu, par contre, d'essayer de démontrer que les opérations actuelles ont sauvé maintes malades. Cependant il ne faut pas croire que la polypectomie morcellante soit une opération bénigne. Je lis quelque part dans Bouilly : « Je reculai devant le morcellement par voie vaginale qui donne des résultats désastreux dans les cas de polypes volumineux. » En 1885, la statistique de Pozzi portant sur 13 cas, relevait 5 morts soit par hémorragie, soit par septicémie, c'est-à-dire 38,46 0/0 de mortalité. L'exérèse avait été conduite avec l'emploi de l'écraseur linéaire de Chassaignac, avec le serre-nœud de Maisonneuve, avec le galvano-cautère. En 1899, voici ce que me donne une statistique comprenant 39 cas que j'ai relevés depuis cette époque :

Polypectomies pour polypes géants.

	CAS.	MORTS.	
Péan (1)	8	1	(Une opération inachevée, avec suites très médiocres. — Mort probable.)
Bouilly (2)	6	2	(On dut avoir recours trois fois à la voie mixte abdomino-vaginale, et terminer par l'hystérectomie vaginale.)
Doyen (3)	1	1	(Fibrome sphacélé.)
Picqué (4)	1	0	
Marchand (5)	4	2	(Dans la dernière on attaqua la tumeur de suite par l'abdomen ; il fallut terminer par hystérectomie supra-vaginale.)
Laroyenne (6)	1	0	(Mais l'opération resta inachevée et la malade succomba ultérieurement.)
Reynier (7)	2	0	
Potherat (8)	2	0	
Quénu (9)	1	0	
Buffet (10)	1	0	
Lejars (11)	3	1	(Dans le troisième, il fallut faire l'hystérectomie vaginale.)
Routier (12)	2	0	
Reboul (13)	1	0	
Totaux	33	8	(Soit 24 0/0, + 2 opérations inachevées qui ont amené la mort ultérieure (Péan, Laroyenne)

(1) Péan, *in* Secheyron. — Je n'ai relevé que les tumeurs polypeuses de gros volume.
(2) Bouilly. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1889 et 1898.
(3) Doyen. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1892.
(4) Picqué. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1893.
(5) Marchand. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1893.
(6) Laroyenne. — *Mercredi médical*, 1893.
(7) Reynier. — *Congrès* français de Chirurgie, 1893. (Deux cas où la tumeur intra-utérine atteignit le volume d'une tête d'adulte.
(8) Potherat. — *Congrès* français de Chirurgie, 1893, et Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1898.
(9) Quénu. — Cas inédit auquel j'ai assisté en 1895, la tumeur descendait jusqu'à la vulve et remontait jusqu'à l'ombilic.
(10) Buffet (d'Elbeuf). — Bulletins et Mémoires de la *Société de Chirurgie*, 1898.
(11) Lejars. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1898.
(12) Routier. — Bulletins de la *Société de Chirurgie*, 1898.
(13) Reboul. — Bullletins de la *Société de Chirurgie*, 1898.

Donc sur 38 cas opérés avec les techniques récentes et les perfectionnements du morcellement dus à Péan, je relève 8 morts, soit 24 0/0 de mortalité. Aucun décès n'a eu lieu par hémorragie primitive ou secondaire depuis qu'on incise ou qu'on méprise le pédicule d'implantation. Mais tous les autres insuccès sont dus à la septicémie. L'on peut penser qu'en réalité la mortalité est moindre que ne le dit ma statistique parce que plusieurs polypectomies guéries, n'ont pas paru dignes d'être publiées comme étant trop banales. Par contre je suis certain que maintes polypectomies restées inachevées et terminées plus tard par la mort sont restées dans le silence. En sorte qu'en tenant compte de ces considérations, on peut dire que la cure des polypes géants reste encore très grave à l'heure actuelle.

Cette gravité opératoire, il est vraisemblable qu'elle diminuera encore, par suite des progrès de la technique. Peut-être même qu'un grand pas serait fait si l'on renonçait au morcellement pour les polypes du corps qui, utérus compris, sont susceptibles d'être enlevés purement et simplement par la seule voie abdominale, par hystérectomie abdominale totale, c'est-à-dire sans morcellement de la masse septique et sans ouverture du sac utérin qui la contient. Déjà l'apparition de la voie vagino-abdominale ou abdomino-vaginale en ces derniers temps laisse pressentir une évolution nouvelle. Mais de toute façon, la mortalité restera élevée, et l'acte opératoire doit être innocenté en partie. Les opérées sont dans un état déplorable, elles sont infectées de vieille date, elles ont de la fièvre, le facies cireux des sujets délabrés par les pertes de sang répétées et par l'empoisonnement septicémique lent; elles sont âgées et ont des tares viscérales multiples, de l'albumine dans l'urine. Enfin le polype lui-même est souvent sphacélé, en bloc ou en surface, et toujours il est infecté, à un degré quelconque. En sorte qu'il s'agit toujours d une intervention en milieu septique : ajoutons que cette opération est parfois longue et pénible. Voilà quelle est la situation. Tout cela ne condamne nullement la polypectomie, mais bien au contraire l'innocente, en la mettant sur le terrain des interventions d'urgence.

Indications.

L'indication est claire et précise; elle se résume en un mot il faut enlever tous les polypes géants. Tout au plus peut-on surseoir momentanément à l'opération pour travailler à la désinfection du vagin, et pour relever, avant comme après l'intervention, l'état général par les toniques de toute sorte et notamment par le sérum à hautes doses. Mais il est clair que l'abstention de nos devanciers n'est plus de mise. La malade est perdue à brève ou à longue échéance, il faut l'opérer d'urgence. Elle a des chances de succomber, mais elle en a beaucoup plus de guérir. Et la destinée ne tarde pas à se juger car l'opération est à double tranchant. Lorsque la polypectomie a été totale souvent la mort par septicémie survient dans les premières heures chez ces malades en équilibre organique instable. Si au contraire il doit y avoir guérison, dès les premières heures la température élevée qui précédait l'opération tombe à la normale, les sécrétions fétides diminuent, et de jour en jour le facies s'éclaircit : alors la malade est sauvée; la polypectomie a été l'*opération de sauvetage*. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La transmission des maladies infectieuses dans les milieux hospitaliers.

Dans une séance récente du Conseil municipal de Paris, M. Chautard a posé une question au Directeur de l'Assistance publique au sujet de deux articles de journal intitulés : « les méfaits de l'Assistance publique » et « Les martyrs de l'Assistance publique ». Il s'agissait de la mort de deux enfants atteints de maladies contractées à l'hôpital. Nul doute que M. Chautard, qui fut le collaborateur du Pr Grancher à la Faculté de Médecine et à l'hôpital des Enfants-Malades, n'ait voulu donner à l'Administration de l'Assistance publique l'occasion de mettre les faits au point et d'atténuer la mauvaise action de quelque journaliste à court de scandale. Nous disons mauvaise action, parce qu'en augmentant parmi les pauvres de Paris la terreur de l'hôpital, on leur enlève, dans bien des cas, la confiance dans le seul asile où elle peut obtenir la guérison de ses malades. Le traitement à domicile, qu'on s'efforce avec raison de développer, n'est pas toujours efficace et sans dangers dans les cas chirurgicaux, dystociques, et les affections transmissibles ; parfois même les conditions hygiéniques déplorables de l'habitation des pauvres et le nombre de ses habitants mettent le médecin de ce dernier service dans l'impossibilité absolue de soigner l'affection la plus bénigne.

L'hôpital est donc nécessaire, reste à savoir si les reproches qu'on lui impute sont fondés. Dans le cas visé par M. Chautard, M. le Secrétaire général de l'Assistance publique n'a pas eu de peine à disculper les services hospitaliers. il n'a eu qu'à raconter simplement ce qui s'est passé :

« Au mois d'avril, une petite fille âgée de dix ans environ fut admise à l'hôpital des Enfants-Malades. A la consultation, on la reconnut suspecte de maladie contagieuse et elle fut envoyée, en conséquence, au service des douteux. Au bout de deux jours, il fut constaté qu'elle avait la scarlatine et elle fut dirigée sur le service des scarlatineux. C'est alors que se produisit un accident, assez peu fréquent, mais ne présentant cependant rien d'anormal. La petite scarlatineuse fut en même temps atteinte de rougeole et on dut la faire passer au service des rubéoleux où son cas se compliqua, ce qui arrive fréquemment, d'une broncho-pneumonie à laquelle elle succomba. Dans l'article de journal dont il a été parlé, on a prétendu qu'il y avait eu erreur de diagnostic. Il n'en est rien. La succession de maladies, dont l'enfant en question a été victime, est absolument certaine. Il résulte de l'enquête que chacun a fait son devoir et que l'enfant a été parfaitement soignée, aussi bien par les médecins que par le personnel de service dont je n'ai pas à rappeler le dévouement.

Le deuxième fait se rapporte à un enfant plus jeune. Ce dernier, âgé de 19 mois environ, était tombé dans un escalier. Il en était résulté une fracture et le bébé avait été dirigé sur le service de chirurgie. Mais bientôt l'enfant fut atteint de troubles gastriques et de mal de gorge. Aussitôt qu'un enfant paraît atteint d'une affection qui peut être contagieuse, on l'envoie au service des douteux. L'enfant dont il s'agit y fut donc envoyé : on craignait la diphtérie : il fut soumis à un examen bactériologique qui ne donna aucun résultat. Peu de temps après, d'ailleurs, son état s'améliora, les traces blanches constatées à la gorge avaient disparu. Cependant, les mêmes symptômes se manifestèrent de nouveau peu de temps après ; cette fois, c'était bien la diphtérie, et avant l'examen bactériologique l'enfant fut envoyé au service de la diphtérie, où il reçut

les soins nécessaires. Malgré les injections du sérum, l'enfant succomba.

Les deux cas dont il s'agit sont profondément regrettables sans doute, mais il ne semble pas que l'on puisse incriminer soit le corps médical, soit le personnel hospitalier. Il arrive trop souvent, malheureusement, soit à l'hôpital, soit dans les familles, que la lutte contre la maladie n'aboutit pas à la guérison.

Les allégations portées contre le corps médical et l'hôpital des Enfants-Malades n'étaient donc pas fondées et il importe que les familles soient convaincues que les enfants malades qu'elles confient à l'Assistance publique reçoivent toujours dans nos hôpitaux les bons soins qui leur sont dus. »

Néanmoins on ne saurait nier la transmission assez fréquente des maladies bactériennes dans le milieu hospitalier. Les médecins d'enfants sont unanimes à reconnaître que la rougeole donne dans les hôpitaux une mortalité considérable due à la transmission des broncho pneumonies. et malgré leurs pavillons d'isolement et leurs services de malades douteux, nos hôpitaux d'enfants ne se trouvent pas encore dans des conditions suffisantes pour éviter toute contagion à l'hôpital. La fondation prochaine de deux nouveaux hôpitaux d'enfants va, nous l'espérons, remédier en partie à cet état de choses mais là n'est pas encore tout le danger.

Une foule de maladies très contagieuses : fièvre typhoïde, tuberculose, pneumonie, broncho-pneumonie, pour n'en citer que quelques-unes, sont traitées dans les services hospitaliers ordinaires. Nous avons eu même l'occasion, l'an dernier, d'examiner un malade atteint d'oreillons, dans une des salles communes de l'Hôtel-Dieu. Nous savons que les précautions de propreté et d'hygiène sont minutieusement observées, mais doit-on laisser la santé de malades atteints d'affections quelconques, livrée à la négligence possible d'un infirmier ? Le public qui, d'autre part, entend tous les jours parler de prophylaxie de la tuberculose, de transmission de la fièvre typhoïde, qui voit le médecin en ville prescrire des mesures minutieuses de désinfection pour la première, qui sait qu'il est obligé par la loi de déclarer la seconde, est très étonné de voir ceux qui sont frappés de ces maladies dans les salles communes de nos hôpitaux, et comme tout le monde ne guérit pas, même à l'hôpital, les bonnes langues vont leur train et les légendes se créent sur l'Assistance publique.

Il faut bien admettre que tous ces bruits reposent sur un fonds sérieux et que nous ne sommes pas encore très avancés en hygiène publique. Nous voyons, par exemple, la fièvre typhoïde dont la loi exige la déclaration, non isolée à l'hôpital, quand l'érysipèle, la coqueluche, etc., sont soignés dans des services spéciaux, bien que la loi n'exige pas leur déclaration. Les médecins ne comprennent pas toujours ces bizarreries officielles, faut-il en vouloir au public d'y voir encore moins clair ?

Quoi qu'il en soit, il est évident que de grands progrès sont encore à réaliser en hygiène hospitalière surtout au sujet de la prophylaxie des maladies transmissibles et, au moment où l'on songe à fonder des hôpitaux nouveaux, à reconstruire ceux de la Pitié, de Cochin et d'Aubervilliers, il est bon d'attirer l'attention sur les vices de l'organisation actuelle; et si la question de M. Chautard a mis en éveil l'attention de l'Administration sur ce point, elle aura été d'une indiscutable utilité.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 juillet 1899. — Présidence de M. le M. Mégnin.

M. Hayem étudie les *éléments de la lymphe du cheval*, recueillie sur les troncs satellites de la carotide, renfermant quelques globules rouges. Les globules blancs appartiennent à une même variété, de tailles variables; de ces études l'auteur conclut que c'est bien aux mononucléaires opaques du sang qu'il faut réserver le nom de *lymphocytes*; outre ces petits mononucléaires, il y a encore dans la lymphe du cheval un petit nombre de grands mononucléaires clairs présentant un noyau grand et peu colorable, à contour irrégulièrement incisé; les polynucléaires sont remarquables par l'homogénéité du protoplasma qui est dépourvu de granulations neutrophiles, et renferment un beau noyau réticulé à étranglement multiple.

M. Gouges étudie la nature de la toxicité des acides qui produisent l'intoxication du coma diabétique, par des injections intra-cerébrales chez le cobaye, l'*acétone*, l'éther acétylacétique, acide étyldiacétique, acide oxybutyrique. L'acide oxybutyrique est le plus toxique; il en faut un tiers de goutte pour tuer l'animal, et on en a trouvé jusqu'à 160 grammes dans l'urine des comateux diabétiques; les résultats des expériences varient complètement d'un animal à l'autre.

M. Gouges a observé expérimentalement chez un lapin, à la suite d'une injection sous-cutanée d'urine septique, un abcès des ganglions mésentériques suppuré, un abcès de la rate et l'appendice iléo-cæcal parsemé de points blancs correspondant aux follicules tuméfiés et bourrés de leucocytes. Il s'agissait de pyohémie à localisation dans les organes lymphoïdes. L'appendicite peut donc être l'aboutissant d'une infection purulente, comme elle en peut être le point de départ. La voie lymphatique peut être aussi incriminée comme dans les cas d'appendicite compliquant la salpingite.

MM. Charrin et Levaditi ont observé les organes d'une femme morte de fièvre typhoïde contractée au moment de l'accouchement. En dehors des lésions caractéristiques ils ont observé des embolies cellulaires dans les vaisseaux du foie, du cœur, du rein, des poumons.

MM. Toulouse et Marchand ont observé chez les aliénés que l'alitement augmente l'amaigrissemement des cachectiques, et enraie l'augmentation de poids des convalescents.

MM. Toulouse et Vaschide ont continué leurs recherches sur les solutions camphrées titrées et l'odorat et ont partiellement confirmé la loi de Fechner.

MM. Courmont et Cade ont observé, dans un cas de fièvre typhoïde chez une nourrice, que le pouvoir agglutinant du lait de la nourrice se transmettait aux humeurs du nourrisson.

M. Nicolas étudie comparativement les tuberculoses humaine et aviaire.

M. Gréhant étudie le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire au moyen de la formule respiratoire et de mesures spirométriques.

M. Weiss étudie la variation de contracture des muscles soumis à certaines températures.

M. Retterer étudie les cartilages d'ossification. E. P.

Séance du 15 juillet. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

L'élection du secrétaire général en remplacement du Dr Dumontpallier aura lieu dans la prochaine réunion.

MM. Roger et Garnier. — La *mammite gangreneuse* chez la femme a été observée par les auteurs chez une fem-

me récemment accouchée et atteinte en même temps de scarlatine. L'examen direct du pus permit d'y reconnaître la présence d'un microcoque particulier, facilement isolable par cultures. Ce coccus de forme nullement arrondie, prend bien les couleurs d'aniline, ne décolore pas par le Gram ; à la fois aérobie et anaérobie ; le bouillon ordinaire se trouble dans toute son étendue, tandis que le fond du tube est jauni par un dépôt abondant ; les premières cultures dégageaient une odeur gangreneuse ; sur gélose, les colonies se présentent sous l'aspect de points blanchâtres assez fins ; la gélatine n'est pas liquéfiée ; le lait est coagulé. En gélose anaérobie, ce coccus ne donne lieu à aucun dégagement de gaz. L'inoculation aux animaux montre qu'il a un pouvoir pathogène assez marqué, surtout chez le lapin, le cobaye est moins sensible. Quant à la lésion qu'il a produite chez la malade, elle guérit en trois semaines grâce au traitement par l'eau oxygénée. Ce microcoque est à rapprocher de ceux que l'on a décrits en médecine vétérinaire dans les diverses mammites des femelles laitières, mais ne peut être identifié avec aucun d'entre eux.

MM. Charrin et Langlois obtiennent des tracés de pression sanguine après injections d'extraits de capsules surrénales des nouveau-nés. Pour les capsules d'enfants issus de mères typhiques, l'influence est nulle sur les tracés. Le troisième cas provient de l'enfant d'une cancéreuse cachectique et indique un peu d'augmentation de la pression. Le quatrième cas est celui d'un chien inoculé de capsule d'un enfant mort de broncho-pneumonie, la mère n'ayant que peu d'accidents, la pression a été très élevée.

M. Chantemesse a remarqué que l'extrait de glycérine de capsules surrénales de typhiques se montrait inactif après la mort ; il est donc logique de supposer que chez eux, il existe une certaine défaillance des capsules surrénales.

M. A. Thomas signale de l'*atrophie cellulaire consécutive aux lésions du cervelet*. Le pédoncule cérébelleux moyen unit la substance grise du pont d'un côté à l'écorce de l'hémisphère du côté opposé ; le sens de la relation est inconnu. De ses recherches, l'auteur conclut, dans la dégénérescence, à la marche suivante : atrophie et disparition des cellules du noyau pontique croisé ; dégénérescence consécutive du pédoncule cérébelleux moyen.

M. Phisalix. — L'*échidnase*, ferment salivaire du venin des vipéridées que l'on peut isoler des autres principes du venin par des précipitations alcooliques successives se distingue par deux propriétés. Elle est sécrétée par des éléments glandulaires spéciaux qui fonctionnent d'une manière indépendante ; cette localisation anatomique est démontrée par le fait que dans certaines urines, à certaines saisons, le venin ne renferme pas encore d'échidnase, alors que le ferment est abondant dans le parenchyme de la glande. L'échidnase agit sur l'échidno-toxine comme un ferment digestif, il est favorisé par l'élévation de la température. En résumé, le venin est détruit par l'oxygène, la lumière, la chaleur, l'électricité et le ferment spécial échidnase.

M. Boinet (de Marseille) a fait l'ablation des capsules surrénales à 59 rats et a observé consécutivement, outre la mort de 5 à 20 jours, une grosse rate et un piqueté hémorragique du poumon, du foie et du rein et du pigment abondant dans les ganglions, la rate et le foie ; la splénectomie de ces rats décapsulés amène la mort rapide.

MM. Comte et Duclerc montrent l'*atténuation du virus claveleux par la chaleur*.

MM. Mongour et Buard étudient le *séro-diagnostic de la tuberculose*.

MM. Hugonencq et Doyon étudient la *désintégration du tissu hépatique hors de l'organisme*.

M. de Rouville envoie une note sur les *recherches expérimentales des fonctions de la vessie*. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 juillet 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Syphilis avec hérédo-syphilis antérieure.

M. Rendu présente un cas de syphilis acquise chez une jeune fille de 19 ans, offrant tous les stigmates de l'hérédo-syphilis. Toutefois la syphilis acquise se montra bénigne.

M. Fournier, comme M. Rendu, pense que les stigmates sont des tares de dégénérescence dus à la syphilis des parents et non de la véritable syphilis. Il y a une forme spécifique et une forme de dégénérescence simple dans l'hérédo-syphilis. La malformation cardiaque, les nombreuses fausses couches présentées par la malade, peuvent être rattachées à l'hérédo-syphilis.

M. Panas rappelle que depuis trente ans, il a montré que la kératite interstitielle et les érosions dentaires étaient un simple stigmate cachectique.

M. Dubar insiste sur la fréquence des avortements et des accouchements prématurés dans l'hérédo-syphilis.

Le sanatorium d'Hyères.

M. Vidal (d'Hyères) signale les bons résultats obtenus au sanatorium Alice Pagny. Ce sanatorium reçoit les jeunes tuberculeuses tout à fait au début. Une série de sanatoriums analogues de 50 lits au plus, rendrait de grands services.

La variole en Indo-Chine.

M. Hervieux signale une épidémie formidable dans le Laos où la vaccination est à peine connue.

Sérothérapie par le sérum de lait de vache.

M. Lereboullet montre que ce sérum (petit lait neutralisé et stérilisé) imaginé par M. Gunbert (de Cannes) donne de très bons résultats dans la neurasthénie, les anémies graves avec amaigrissement et même la tuberculose. Ce sérum est indolent, inoffensif, sauf quelques poussées d'urticaire avec fièvre chez certains prédisposés. C'est un très bon véhicule pour les médicaments les plus actifs.

M. Pinard signale l'intolérance des femmes enceintes albuminuriques pour les sérums immunisateurs. On ne les fait supporter que par une saignée préalable.

Rhinoplastie par la méthode italienne.

M. Berger présente quatre malades opérés de mutilations nasales énormes avec un plein succès.

Traitement du glaucome.

M. Javal présente deux malades traités avec succès par les instillations de pilocarpine et les verres supprimant l'accommodation. A.-F. Plicque.

Séance du 18 juillet.

L'aortite palustre.

M. Laveran ne croit pas aux rapports de l'aortite avec l'impaludisme. Il discute les observations de M. Lancereaux. La localisation à la tunique externe est un caractère anatomique assez douteux. Les trois tuniques sont plus ou moins prises dans les faits de M. Lancereaux.

M. Lancereaux ne s'étonne pas que les rapports entre l'aortite et l'impaludisme soient méconnus. La syphilis viscérale a été méconnue par Ricord. Celui-ci comme les médecins militaires pour l'impaludisme ne voyait au Midi que des cas trop récents.

M. Cornil remarque que l'altération de la tunique externe n'a rien de spécial. Elle existe dans toutes les aortites.

M. Kelsch qui a spécialement étudié le paludisme chronique et en a vu de nombreux cas ne croit pas à son rôle dans l'aortite.

L'hérédo-syphilis.

M. Pinard montre qu'il est difficile de préciser la fré-

quence de l'avortement dans l'hérédo-syphilis. Les stigmates peuvent être des stigmates de dégénérescence banale. La statistique comporte donc à côté des cas d'hérédo-syphilis vraie des cas de simple dégénérescence.

Les dermatoses d'origine gastrique.

MM. A. Robin et Leredde montrent la fréquence des fermentations gastriques dans les dermatoses. Il en résulte une thérapeutique très efficace et toute spéciale. Cette thérapeutique consiste d'abord à traiter la dyspepsie selon son type clinique; il faut, en particulier, lutter contre les fermentations gastriques. On a déjà employé en distillerie contre les fermentations anormales et, en particulier, contre la fermentation lactique, l'acide fluorhydrique à petite dose. Je donne à mes malades, non de l'acide fluorhydrique, mais du fluorure d'ammonium. L'étude du chimisme montre que l'acide lactique diminue alors dans l'estomac. Contre la fermentation butyrique, l'iodure de cinconidine et le soufre iodé donnent d'excellents résultats. Ces traitements sont insuffisants si on n'y joint pas le régime lacté (lait stérilisé). Contre les troubles de nutrition, je donne au début du repas 1 ou 2 grammes de sulfate de soude qui active les oxydations; j'y ajoute l'usage des hypophosphites et des strychniques. Je fais diminuer la proportion du chlorure de sodium dans les aliments. Comme traitement local, j'ai cherché à soustraire la peau à l'action de l'air. Après des pulvérisations à l'eau silicatée, chargée de bicarbonate de chaux naissant, je fais appliquer sur la peau une couche de baume du Commandeur.

Réparation de la moelle osseuse.

MM. Cornil et Coudray étudient la réparation et l'ossification après évidement du canal médullaire chez le chien.

Hématome crânien.

M. Morestin présente un petit malade ayant présenté, après une chute de bicyclette, un hématome intracranien. La trépanation fit disparaître les symptômes très graves de compression cérébrale. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 juillet 1899. — Présidence de M. Pozzi.

Rupture de la vessie.

M. Sieur rapporte le cas d'un cavalier atteint de rupture vésicale par coup de pied de cheval. M. Sieur vit le blessé cinq heures après l'accident; il n'avait pas encore uriné et ressentait une douleur très vive.

Le cathétérisme donna issue à du sang. L'état général était bon. On se contenta de laisser une sonde à demeure; l'urine resta sanglante quelques jours. Cette expectation réussit et au bout de quinze jours le malade était tout à fait guéri.

Hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus.

M. Reynier reconnait que l'hystérectomie abdominale donne des statistiques moins brillantes que l'hystérectomie vaginale. Mais cela tient à ce fait que les cas de cancers utérins, opérés par l'abdomen, sont plus graves que ceux qui peuvent être opérés par le vagin. D'ailleurs, d'une façon générale, la laparotomie est plus dangereuse chez les cancéreuses, parce qu'elles sont moins capables de résister à l'infection M. Reynier opère de la façon suivante : Il commence par le vagin et pratique au moyen du thermo une incision circulaire autour du col, destinée à libérer celui-ci. Il passe alors à l'abdomen. Ayant ouvert le ventre, il place une pince sur chaque ligament large. Il sépare la vessie de l'utérus et retrouve son incision vaginale. Il faut alors pincer les artères utérines, en plaçant la pince aussi loin que possible de l'utérus. On assure l'hémostase définitive en remplaçant les pinces par des fils. Pour les utero-ovariennes, la chose est facile; mais il n'en est pas toujours de même pour les pinces des artères utérines, qu'il est souvent impossible de faire basculer. M. Reynier a recours alors à la vasotripsie. La voie abdominale offre pour principal avantage de pouvoir enlever une bonne partie des ligaments larges et du vagin. Quant aux ganglions, s'ils sont faciles à trouver, ils sont très difficiles à enlever.

Traitement chirurgical direct de l'hypertrophie prostatique.

M. Pousson (de Bordeaux), après avoir eu recours aux diverses opérations indirectes dirigées contre l'hypertrophie prostatique, a reconnu qu'elles ne réussissent à faire rétrocéder le volume de la prostate que si elles sont faites au début, alors que l'élément congestif prédomine sur l'élément glandulaire. M. Pousson apporte les résultats de 15 cas de prostatectomie. Ces résultats montrent quels services peut rendre l'exérèse des lobules prostatiques saillants dans la vessie. Pour bien faire comprendre l'avantage de cette exérèse, M. Pousson montre comment les lésions prostatiques allongent et déforment le canal, modifient l'embouchure de l'urètre et altérent la forme de la vessie.

Sous l'influence de l'obstacle apporté à l'émission de l'urine, surviennent des troubles de l'hydrostatique vésicale. Il arrive que l'urètre s'ouvre au-dessus du plancher vésical; en d'autres termes, la barrique est mise trop haut en perce. L'urine croupit dans ce bas-fond. Parfois, il se forme, entre la masse prostatique et le bas-fond vésical, un véritable sinus où s'accumulent des concrétions calcaires qui sont l'origine des calculs. Cette partie de la vessie n'arrive jamais à se vider complètement et devient, dès lors, un centre d'infection; c'est là qu'est le danger de la rétention partielle, car les uretères baignent dans ce clapier, et, comme leur orifice est forcé, la pyélo-néphrite se produit facilement. C'est dans ces cas que l'exérèse est vraiment utile. Pour faire le diagnostic de ces cas, on dispose des moyens habituels : cathétérisme, toucher bimanuel, endoscopie. M. Pousson décrit ensuite son manuel opératoire, qui consiste à faire la taille hypogastrique, à rechercher la prostate pour y faire l'exérèse nécessaire. On n'a pas à craindre d'hémorragies graves. Sur ses 15 opérés, 2 ont guéri de tous leurs troubles urinaires, la plupart des autres ont été très améliorés.

Rapport.

M. Broca lit un rapport : 1° sur une observation de M. Chavanaz, ayant trait à une *résection du maxilliaire supérieur pour ostéosarcome*. Quatre ans après, une tumeur de même nature apparut sur une côte, qui fut réséquée. Cette tumeur, comme celle du maxillaire, était un ostéosarcome à petites cellules embryonnaires; 2° sur une observation de M. Castan (de Béziers), ayant trait à un cas d'*imperforation anale*, qui fut opéré au troisième jour. M. Chavanaz trouva, à 4 centimètres, une ampoule difficile à abaisser. Il dut réséquer le coccyx et sectionner le releveur anal. L'enfant guérit avec un anus continent. M. Chavanaz recommande la résection du coccyx comme méthode générale.

Présentations.

M. Potherat présente la photographie d'un anévrisme artérioso-veineux fémoral qu'il se propose d'opérer.

M. Schwartz présente un jeune homme qu'il a opéré pour des accidents d'épilepsie jacksonienne. A la suite d'une chute, la tête ayant porté sur le coin d'une malle, il présenta des secousses convulsives, d'abord limitées au côté droit, qui se généralisèrent plus tard. Il existait sur le crâne un point douloureux. M. Schwartz fit la trépanation; il trouva une exostose très nette; le crâne était épais de 1 centimètre. Les attaques cessèrent, mais reparurent au bout de 10 jours. M. Schwartz dut lui faire une seconde, puis une troisième trépanation, en suivant, cette fois, le procédé de M. Tuffier (suture de la dure-mère éversée sur le périoste.) Le malade semble définitivement guéri. P. Rellay.

Congrès médicaux de 1899. — Nous rappelons à nos lecteurs que le V[e] *Congrès français de Médecine* se tiendra à Lille le 28 juillet prochain.

Ecoles d'Infirmières. — *Distribution des prix.* — La Pitié, samedi 22 juillet à 4 h. 1/2. — La Salpêtrière, mardi 25, à 4 h. 1/2.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — **La Photothérapie**; par N. R. Finsen. (G. Carré et C. Naud, édit., 1899).

I. — Cet opuscule est une publication du *Finsen's medicinske Lysinstitut* de Copenhague. M. Finsen y étudie successivement l'action des rayons chimiques sur la variole, la lumière comme agent d'excitabilité et le traitement du lupus vulgaire par les rayons chimiques concentrés.

Les rayons chimiques et la variole. — Dès 1893, M. Finsen avait proposé de placer les varioleux dans des chambres d'où les rayons chimiques du spectre solaire sont exclus par l'interposition de verres ou d'étoffes de couleur rouge. Les conséquences de ce traitement sont l'absence de suppuration des vésicules et par conséquent la rareté des cicatrices.

M. Finsen rappelle l'action de la lumière sur les êtres vivants et notamment l'influence microbicide de la lumière solaire bien mise en relief par M. Duclaux. Il insiste sur l'influence des rayons et plus particulièrement des rayons chimiques sur divers animaux, sur leurs tissus et en particulier sur la peau humaine et, après de nombreuses expériences, il conclut que ce ne sont pas les rayons calorifiques, mais surtout les rayons ultra-violets qui produisent les effets connus de la lumière sur la peau. Si les rayons chimiques peuvent déterminer des accidents sur la peau saine, à plus forte raison leur influence nocive peut s'exercer sur la peau malade et c'est le cas pour la variole. Dès 1832, Picton s'était rendu compte de l'influence nocive de la lumière sur la peau des varioleux et l'on savait que la figure et les mains, c'est-à-dire les parties du corps exposées à la lumière, sont le siège des cicatrices les plus profondes et les plus confluentes. Au XVIIIe siècle, en France dans la région de Montpellier, en Extrême-Orient depuis des temps assez reculés, on avait la coutume d'entourer de tentures rouges les lits des varioleux, A l'instigation de M. Finsen des expériences se multiplièrent et donnèrent des résultats plus ou moins satisfaisants selon la rigueur avec laquelle on proscrivait les rayons chimiques de la chambre des malades. (Lindholm, Swendsen, Jubel-Rénoy, Feilberg, etc.)

Ces essais permettent de conclure à l'utilité de la méthode de M. Finsen. Pour obtenir de bons résultats il faut l'exclusion absolue des rayons chimiques et on ne peut guère l'obtenir qu'en mettant une certaine épaisseur de tissus rouges aux fenêtres ou mieux en se servant d'un verre rouge très foncé. Il ne faut pas d'interruption car même une courte apparition à la lumière du jour peut produire la suppuration avec ses suites. Ce traitement doit être appliqué le plus tôt possible. Il n'influence que la suppuration et n'exclut pas les autres moyens thérapeutiques employés. L'auteur appuie de plusieurs photogravures de varioleux ce qu'il avance sur le traitement photothérapique de la variole.

La lumière comme agent d'excitabilité. — M. Finsen relate de nombreuses observations et expériences et il conclut que l'action des rayons chimiques (bleu-violet) sur les animaux comparée à celle des rayons caloriques (rouge) et lumineux (jaune-vert) est très considérable. L'influence des rayons chimiques sur l'organisme des animaux est intense. Elle est certes très complexe et doit tenir à des combinaisons moléculaires du protoplasma dans les cellules que l'on peut considérer comme une excitation du système nerveux. Cette action est si prononcée que dans certains cas elle peut provoquer des mouvement réflexes (chez le fœtus) et produire, dans d'autres cas, des réactions très puissantes et très particulières. En temps ordinaire l'action des rayons chimiques ne frappe pas directement l'observateur, mais cette action quotidienne et constante doit être d'une grande importance biologique et on pourra en tirer partie en thérapeutique.

Traitement du lupus par les rayons chimiques concentrés. — M. Finsen au moyen de la lumière solaire ayant traversé une solution de bleu de méthylène ou de sulfate de cuivre ammoniacal obtient une lumière bleue douée d'un grand pouvoir microbicide.

Il peut obtenir des effets analogues avec l'arc voltaïque. Il converge ces rayons avec une lentille plan convexe creuse, remplie de solution de sulfate de cuivre ammoniacal ou de bleu de méthylène. Pour obtenir un résultat dans les nombreux cas de lupus qu'il a traités, il a comprimé avec un appareil élastique le pourtour de la région malade et l'a soumis aux rayons chimiques. Les cinquante-neuf observations que fournit M. Finsen et les photographies qu'il publie des malades avant et après le traitement permettent de juger des résultats merveilleux qu'il a atteints. J. Noir.

BIBLIOGRAPHIE

Les odeurs et les parfums. Leur influence sur le sens génésique; par Et. Tardif. (J.-B. Baillière et fils, 1899.)

Dans une étude comparée des parfums à travers les âges, M. Et. Tardif démontre que l'usage des parfums remonte à la plus haute antiquité, que leur origine est religieuse comme beaucoup de coutumes que nous avons conservées, et qu'à notre époque on est beaucoup plus modéré dans leur emploi que jadis.

L'explication de la perception des odeurs a donné lieu à deux théories : dans l'une on considère le phénomène odorant comme un phénomène vibratoire anologue au son et à la lumière (Walther, de Landshut), dans l'autre on suppose que des particules du corps odorant restent en suspension dans l'air autour de ce corps (Liégeois, Tyndall, Wolff). Toute classification générale des odeurs est impossible, chacun les perçoit en effet de façon différente.

Expérimentalement, M. Tardif établit l'influence des parfums sur l'amplitude du rythme respiratoire qu'il augmente. Ils déterminent en outre de la vaso-constriction, et des troubles d'intoxication.

Il y a un lien étroit entre les odeurs et la reproduction. Les odeurs de la femelle attirent le mâle et l'auteur n'est pas en peine de citer de très nombreux exemples de ce fait, tant chez les animaux inférieurs que chez les supérieurs. L' « odor di femina » a réellement son importance et, si l'éducation est parvenue chez l'homme à diminuer son importance, dans certains cas la recherche de l'odeur conduit jusqu'à la perversité.

La femme a plus de tendance à user des parfums que l'homme. Ceci tient à plusieurs causes. D'abord elle se rend compte de l'influence que le parfum a souvent sur certains hommes, puis souvent elle a des odeurs plus fortes à masquer, plus particulièrement à l'époque des règles ; enfin il est démontré que la femme a l'odorat moins développé que l'homme et souvent elle se parfume inconsciemment plus que de raison, comme les sourds qui crient en croyant parler.

M. Tardif conclut en disant que les parfums sont tout naturellement passés dans nos mœurs, mais qu'il faut se garder dans leur emploi de tomber dans une exagération pathologique. J. Noir.

Tableaux synoptiques de diagnostic séméiologique et différentiel; par le Dr Coutance. (J.-B. Baillière et fils, 1899.)

Ces tableaux, présentés avec méthode, rappellent les plans des conférences d'internat. Ils ont l'avantage de remémorer en quelques secondes des symptômes que l'étudiant le plus laborieux, le praticien le plus érudit peuvent n'avoir pas momentanément présents à l'esprit. Les moindres symptômes permettant de poser le diagnostic séméiologique y sont signalés, quant au diagnostic différentiel il est soigneusement indiqué, non seulement avec les maladies qui peuvent communément donner lieu à des erreurs, mais avec les affections qui rarement peuvent présenter des analogies avec l'affection en cause.

Le Dr Coutance a terminé son manuel par des tableaux de séméiologie générale. Dans l'un, il signale les symptômes identiques rencontrés dans des maladies différentes. Dans un autre, il énumère les maladies, signes, symptômes et lois à nom propre ou à nom spécial. Ce dernier tableau est des plus utiles, car on a tellement abusé en médecine des noms propres et des baptêmes scientifiques, qu'il est difficile de s'y reconnaître. La liste du Dr Coutance est longue et nous réserve des surprises. Ainsi, vous ignoriez ce qu'est le signe de Bard-Pic ? Moi aussi, d'ailleurs. Eh bien, c'est la dilatation de la vésicule

biliaire à la suite de la compression du canal cholédoque, par une tumeur de la tête du pancréas, par exemple. Il est probable aussi que vous vous croyez peu familier avec le signe de Mannkopf : détrompez-vous, c'est simplement l'accélération du pouls par la douleur.

En somme, M. Coutance, en publiant ces tableaux, a fait œuvre utile et tout médecin peut, chaque jour, avoir à les consulter avec fruit. Quant aux étudiants, c'est pour eux un excellent résumé, précieux guide-mémoire pour les veilles d'examen. J. N.

Memento botanique ; par M. G. Guyettant. Volume de 436 pages. (Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.)

En écrivant cet ouvrage, l'auteur a voulu faciliter à tous ceux que l'étude de la botanique intéresse, la possibilité de composer un herbier, sans aucune étude préalable, en supposant seulement que l'on connaisse les plantes sous une seule de leurs dénominations, vulgaire, scientifique, latine ou italienne.

Cet ouvrage renferme *onze mille trois cents noms vulgaires* et tous les noms *italiens* des plantes *utiles* ou *d'agrément*. Ces noms, *italiens* ou *vulgaires*, sont classés par ordre alphabétique, et sont suivis des dénominations françaises et scientifiques correspondantes : en regard, se trouvent également les noms *botaniques* et celui de *la famille*.

Le plan de cet ouvrage est tout à fait original et il rendra certainement grand service aux botanistes amateurs.

P. Yvon.

VARIA

Une souscription pour les nouvelles méthodes de traitement des maladies infectieuses.

M. H. Audiffred, député, a pris l'initiative d'une souscription pour permettre des recherches pour obtenir la guérison des maladies infectieuses. Nous extrayons d'une lettre adressée aux Directeurs des principaux grands journaux, le passage suivant qui donne une idée nette du but poursuivi et des résultats déjà obtenus :

« La tâche des savants est de travailler à la découverte, mais pour leurs recherches il leur faut de l'argent, beaucoup d'argent. Pour l'acquisition de leurs instruments, l'achat et l'entretien des animaux qui servent à leurs expériences, l'Etat fournit déjà sa contribution. A la suite d'un vote de la Chambre du 11 juin 1896, il a été alloué, sur les fonds du Pari mutuel, destinés aux œuvres de bienfaisance, une somme de 125.000 francs qui a été répartie entre trente-trois laboratoires de Paris ou de province, par les soins d'une commission qui siège au Ministère de l'Instruction publique, sous la présidence de M. Liard, et se compose de : MM. Liard, Bouchard, Brouardel, Lannelongue, professeurs à la Faculté de Médecine de Paris, membres de l'Institut ; Audiffred, député ; Arloing, directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon ; De Nabias, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux. Le public ne peut rester étranger à une pareille œuvre. Une souscription est ouverte. M. Labeyrie, directeur du Crédit Foncier, a bien voulu accepter les fonctions de trésorier. Elle a déjà produit, sans aucune publicité, 73.500 francs. Les Compagnies de chemins de fer ont pris l'engagement de verser 44.000 francs payables en cinq annuités. Les chemins de fer de l'Etat ont déjà donné deux annuités de 500 francs ; M. le prince d'Arenberg a fait verser, par la Compagnie du Suez, 2.000 francs ; le Crédit Foncier, sur les instances de MM Labeyrie, gouverneur, et Expert-Bezançon, qui veulent bien me prêter leur concours, a souscrit 20.000 francs payables en cinq annuités. Cette allocation doit être prélevée sur le produit d'une souscription en faveur des victimes du choléra ; deux souscriptions particulières, l'une de 5.000 francs, l'autre de 1.000 francs, complètent cette première encaisse de 73.500 francs.

« Il faudrait recueillir une somme importante que la commission du Ministère de l'Instruction publique, présidée par M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, répartirait en dix années. Dans dix ans, l'utilité de ces recherches scientifiques, en vue de délivrer l'humanité de ces redoutables fléaux qui la déciment, sera si bien comprise que l'argent affluera de toutes parts, sans qu'on ait à solliciter des concours. »

L'hygiène des chemins de fer. Propreté des wagons et santé des voyageurs.

Il n'est pas, en hygiène publique, de question plus importante en elle-même et en son opportunité courante par ces temps de voyages sans trêve et à toute vapeur, que celle de l'hygiène des chemins de fer. Or, il est permis d'affirmer, sans détour et sans contestation possible, qu'il n'y en a pas de plus négligée, de plus délaissée en pratique, le souci industriel du trafic tant des marchandises que des voyageurs à peu près confondus dans la même considération, constituant la préoccupation dominante, presque exclusive des Compagnies.

Le Gouvernement, par l'organe de son Département ministériel compétent, Ministère des Travaux publics, justement ému de cette négligence, à la suite de plaintes nombreuses lui signalant l'état de malpropreté des voitures, en général, et plus particulièrement de celles des trains de banlieue, a invité les Compagnies de chemins de fer à prendre les mesures nécessaires pour parer aux dangers que peuvent faire courir à la santé publique les poussières des crachats desséchés dans les voitures, aussi bien que dans les salles d'attente. Déjà, le *Comité d'Hygiène et de Salubrité* du département de la Seine avait émis son avis motivé, à la suite duquel l'attention des Compagnies avait été appelée sur l'opportunité qu'il y aurait : 1° A laver chaque jour les planchers des voitures et salles d'attente avec une eau additionnée d'un produit antiseptique ; 2° à afficher dans les voitures et les salles d'attente un avis au public interdisant de cracher sur le parquet.

Les Compagnies déclarèrent en réponse qu'elles faisaient procéder avec grand soin au lavage des voitures, mais que le lavage des compartiments avec des *produits antiseptiques* serait par trop onéreux. Elles se contentèrent de faire placarder dans les gares d'une certaine importance l'avis interdisant aux voyageurs de cracher sur les parquets des voitures et des salles d'attente. Faisons remarquer, en passant, sauf à y revenir plus amplement, que l'objection relative à l'emploi *onéreux* des produits antiseptiques n'a pas de raison d'être en présence de la possibilité actuelle de recourir à des substances nécessitant de très faibles dépenses, soit par leur valeur propre (sulfate de cuivre), soit par la dose minime exigible (sublimé).

Quoi qu'il en soit, le Ministre des Travaux publics, ayant jugé ces déclarations et les mesures prises comme insuffisantes, objecta que, si le lavage recommandé par le Conseil d'Hygiène devait entraîner, avec les substances antiseptiques, des dépenses considérables, il était permis d'espérer que d'autres procédés de désinfection moins onéreux et aussi efficaces pourraient être découverts, et il invitait en conséquence les Compagnies à rechercher les procédés pratiques d'une désinfection économique. En même temps, il leur prescrivait de donner le plus de publicité possible à l'avis interdisant de cracher sur les tapis des voitures ou sur les parquets des locaux accessibles au public.

Les Compagnies récalcitrantes (c'est leur moindre défaut) s'étant bornées à accuser réception de la notification de ces instructions, le Ministre des Travaux publics vient de les leur notifier à nouveau dans une circulaire dont voici le texte :

« Par suite d'un balayage et d'un lavage insuffisants, par suite de l'absence de toute désinfection, les crachats de chaque jour viennent s'ajouter aux souillures déjà desséchées qui remplissent les encoignures des compartiments et les interstices des planchers, constituant ainsi de veritables foyers de propagation de la plupart des maladies infectieuses et contagieuses. Il importe de remédier à un semblable état de choses. Je vous prie, en conséquence, de me faire connaître d'urgence les résultats des recherches que vous avez dû entreprendre en vue de la découverte de procédés pratiques de désinfection des voitures et salles d'attente, et de veiller plus rigoureusement à l'exécution de l'engagement que vous avez pris de tenir les voitures en parfait état de propreté. Si le court stationnement des trains de banlieue aux points terminus ne permet, entre deux parcours, qu'un balayage hâtif des voitures entrant dans

la composition de ces trains, il convient d'examiner l'opportunité d'organiser des équipes de nuit qui seraient chargées de les nettoyer à fond lorsqu'elles sont remisées.

« Enfin, et comme complément à ces prescriptions, il me paraît indispensable de donner plus de publicité à la recommandation du comité d'hygiène de ne pas cracher sur les parquets et à cet effet, de placarder dans *toutes* les gares et *dans toutes les voitures* l'avis au public actuellement affiché seulement dans les gares d'une certaine importance. L'affichage d'un avis de ce genre dans les omnibus et tramways paraît avoir donné d'excellents résultats, et on ne saurait prétendre qu'il n'en sera pas de même en ce qui concerne les voitures de chemins de fer. Dans tous les cas, les voyageurs gênés par des voisins ayant l'habitude d'expectorer sur le plancher pourraient rappeler plus facilement ceux-ci à l'observation d'une recommandation faite dans l'intérêt de tous. Aussi, j'insiste pour sa réalisation dans le plus bref délai. »

Que s'est-il passé depuis cette notification ministérielle explicite? Les Compagnies ont-elles, enfin, cessé de faire la sourde oreille, et se sont-elles mises en devoir de prendre sérieusement les mesures recommandées et prescrites? C'est ce dont nous nous proposons de nous assurer de notre mieux : estimant que ceux-là ont surtout le devoir de veiller à l'observance des principes tutélaires de la santé publique, et à leur stricte application, qui en apprécient le mieux, et en toute compétence, la vraie valeur et l'urgente nécessité. Aux médecins et à la *presse médicale* appartiennent essentiellement ce devoir et cette mission, auxquels ils se promettent désormais de ne point faillir.

Les certificats délivrés pour constater les accidents du travail.

M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie a adressé le 12 juillet la lettre suivante au secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France :

Monsieur,

« Pour faire suite à la lettre de mon administration, en date du 6 juin, relative aux difficultés d'application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, en ce qui concerne le corps médical, j'ai l'honneur de vous informer, après avoir pris l'avis du Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail, que la délivrance des certificats médicaux à joindre aux déclarations d'accidents ne semble point devoir être requise, comme vous le redoutez, à titre gratuit. Le premier alinéa de l'art. 29, en édictant la délivrance gratuite, le visa pour timbre et l'enregistrement gratis des « procès verbaux, certificats, actes de notoriété, significations, jugements et autres actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la loi », n'a évidemment entendu viser que la gratuité au compte du Trésor, sans imposer à des tiers des charges sans compensation. Aussi bien, le second alinéa de cet article prévoit expressément la fixation des « émoluments » des greffiers et, en effet, ces émoluments ont été déterminés par un décret du 5 mars 1899. Dès lors, les dispositions générales de l'article 29 ne paraissent point opposables aux médecins appelés à délivrer des certificats.

« D'autre part, dans le cas spécialement prévu par l'art. 11, le « certificat de médecin » devant être « joint » à la déclaration d'accident, le chef d'entreprise se trouve astreint, sous les sanctions de l'art. 31, à cette production complémentaire, aussi bien qu'à la déclaration elle-même; il semble donc tenu de se procurer à ses frais le certificat médical, ainsi, du reste, que l'a déjà établi l'interprétation administrative pour l'exécution des dispositions identiques contenues dans les lois du 2 novembre 1892 et 12 juin 1893. Il en est évidemment de même de la victime et de ses représentants si, usant de la faculté réservée par la loi, ils prennent l'initiative de la déclaration d'accident.

« J'ajoute que, dans ces conditions, les créances d'honoraires pour délivrance de certificats médicaux paraissent rester soumises au droit commun.

« Quant au point de savoir sur quelles bases seraient fixés les frais médicaux prévus par l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, dans les départements où n'existent pas des tarifs pour l'assistance médicale gratuite, j'ai dû prendre l'avis de M. le Ministre de l'Intérieur, que cette question concerne plus spécialement, et je ne manquerai pas, le cas échéant, de vous faire part de sa réponse.

« Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

« *Le Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes,* A. MILLERAND. »

Association de la Presse médicale française.

Réunion du vendredi 7 juillet 1899.

Le vendredi 7 juillet 1899 a eu lieu le troisième dîner de l'année de l'*Association de la Presse médicale française*, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le Dr Lucas-Championnière, syndic; 30 personnes assistaient à la réunion.

1° *Nominations.* — Ont été élus : *a*) Membres titulaires, M. le Pr Budin (de Paris), rédacteur en chef de l'*Obstétrique*; M. le Pr Pozzi (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.* — *b*) Membre honoraire : M. le Dr Gorecki (de Paris), ancien membre titulaire, ancien rédacteur en chef du *Praticien.*

2° *Candidatures.* — Sont nommés rapporteurs des candidatures de M. le Dr Lemoine, rédacteur en chef du *Nord médical* (Lille); de M. le Dr Toulouse, rédacteur en chef de la *Revue de Psychiatrie* (Paris) : MM. les Drs Thouvenaint et Rodet. MM. les Drs Delafosse, Noir et Georges Baudouin sont nommés rapporteurs des candidatures de MM. Duchamp (de Saint-Etienne), Boix (de Paris), Ricard (de Paris), demandant à remplacer MM. les Drs Chavanis, Duplay et Lesourd, comme rédacteurs en chefs, désormais, de la *Loire médicale*, des *Archives générales de Médecine*, et de la *Gazette des Hôpitaux.*

3° *Correspondance.* — M. le Secrétaire lit une lettre de M. le Dr Laborde, syndic, absent de Paris, relative à la question des *Chemins de Fer*; de M. Lesourd fils (remerciements).

4° *Comptes de* 1898. — Les comptes de l'année de 1898 avaient été approuvés à la séance précédente.

FORMULES

VII. — Diabète chez les enfants (d'après G. Lion).

Antipyrine	10 grammes.
Glycérine	30 —
Eau	150 —

1 à 4 cuillerées par jour.

Sulfate de strychnine	0 gr. 0005
Arséniate de soude	0 gr. 001
Codéine pure	0 gr. 01
Valérianate de quinine	0 gr. 05
Extrait de valériane	Q. S.

pour une pilule. 1 à 6 aux repas selon l'âge. (Legendre.)

Saccharine	3 grammes.
Bicarbonate de soude	2 —
Mannite	50 —
Mucilage	Q. S.

pour 100 pastilles destinées à remplacer le sucre. (Comby.)

CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'EDUCATION PHYSIQUE DE LA JEUNESSE EN 1900. — La Commission d'organisation a posé la question suivante : « L'Education Physique établie sur les bases scientifiques naturelles doit avoir l'importance des autres branches de l'Education Morale et de l'Education Intellectuelle. Son plan et ses procédés, d'accord avec l'organisation Humaine et les besoins sociaux, possèdent un caractère universel. Ils n'ont plus qu'à subir des modifications de détail pour être adaptés à chaque Nation et à chaque cas particulier. Appuyer les raisons de ces vérités sur les connaissances Scientifiques actuelles, et rechercher les moyens de les réaliser dans la pratique. »

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Un concours s'ouvrira devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Bordeaux, le 11 décembre 1899, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale à l'École de Médecine de Poitiers.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. —Du dimanche 9 juillet au samedi 15 juillet 1899, les naissances ont été au nombre de 1148, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 418, illégitimes, 189. Total, 607. — *Sexe féminin* : légitimes, 384, illégitimes 157. Total, 541.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 9 juillet au samedi 15 juillet 1899, les décès ont été au nombre de 887, savoir : 456 hommes et 432 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 6. T. 13. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.—Variole : M. 0, F. 0 T. 0. —Rougeole : M. 17, F. 8. T. 25.—Scarlatine : M. 4, F. 2, T. 6. — Coqueluche : M. 1, F. 4, T. 5. — Diphtérie. Croup : M. 3. F. 4, T. 7. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 94, F. 66, T. 160. — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 11, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 13, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 6, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 28, T. 49. —Méningite simple : M. 11, F. 15, T. 26. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 21, F. 11, T. 32. — Paralysie, M. 3, F. 6, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 6, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 23, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 7, F 4, T. 11.— Bronchite chronique : M. 11, F. 6, T. 17. — Broncho-pneumonie : M. 10, F. 20, T. 30. — Pneumonie : M 12, F. 19, T. 31.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M 18, F. 18, T. 36.— Gastro-entérite, biberon : M. 35, F. 31, T. 66. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 4, T. 13. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 5, F. 9, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale, M. 9, F. 17, T. 26. — Sénilité : M. 12, F. 13, T. 25. — Suicides : M 11, F. 6, T. 17. — Autres morts violentes : M. 10, F. 4, T. 14. —Autres causes de mort : M. 75, F. 64, T. 139. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 59, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 18, illégitimes, 10. Total : 28. — *Sexe féminin* : légitimes, 15, illégitimes, 16. Total : 31.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — M. Muller, maître de conférences de chimie, de physique et d'électro-chimie à la Faculté des Sciences de l'Université de Nancy, est nommé professeur adjoint à cette Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le Dr Picot est nommé Chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Bordeaux

BANQUET LADREIT DE LACHARRIÈRE. — Les amis et élèves de M. le Dr Ladreit de Lacharrière lui ont offert, à l'occasion de sa retraite, un banquet, le jeudi 6 juillet, à sept heures et demie du soir, au pavillon d'Armenonville. Les dames étaient priées de prendre part à la réunion. Au dessert, après des paroles sympathiques de M. Cazelle, M. le Dr Julien a retracé la brillante carrière de son collègue et lui a offert une médaille d'or au nom de la Société de Médecine, dont il est le président. Parmi les convives : Dr Galezowsky, Pr Joffroy, etc. (*Gazette médic. de Paris.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le commandant CHARCOT, frère de l'illustre professeur.

Le Dr GORECKI fait un pressant appel aux médecins qui ont fait la Campagne de 1870-1871. Il les prie de lui envoyer (137, boulevard Murat, Paris-Auteuil) : 1° leur nom et leur adresse actuelle ainsi que la situation qu'ils occupaient à cette époque, corps de troupes ou ambulances, afin de pouvoir se mettre en relation avec eux, et 2° quelques lignes sur la manière dont ils ont pu remplir leur tâche, les difficultés qu'ils ont rencontrées, etc. Son but est de publier une *Etude sur le Service de Santé pendant la dernière Guerre*. Quelques chapitres ont déjà paru dans le journal le *Praticien* et le *Médecin de Réserve* dont le Dr Gorecki est le rédacteur en chef. Nous espérons, dit le Dr Gorecki, grâce aux renseignements donnés par nos confrères, auxquels nous adresserons au besoin une lettre plus explicite, montrer par des exemples réels, vécus, concrets, quelles sont les situations dans lesquelles peut se trouver le médecin militaire, chef d'un poste de secours, d'une section d'ambulance, d'un hôpital de campagne, d'un convoi de blessés ou d'éclopés, etc..., en un mot, faire pour le service de santé et sa tactique spéciale ce qui existe pour l'infanterie, l'artillerie, la cavalerie. Nous espérons aussi montrer que, quoique bien insuffisamment organisé et dirigé, dépourvu le plus souvent des éléments indispensables à son bon fonctionnement, le corps de santé officiel ou volontaire a su trouver dans son initiative et dans le dévouement de ses membres, le moyen de rendre les plus grands services.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.*— M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. —Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **25 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 30. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 29 JUILLET 1899.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Astasie-Abasie

Par Ciro L. URRIOLA (de Panama).

Parmi les *invalides* qui constituent la population de l'asile Bolivar de cette ville, il se trouve Santiago Palomino, un nègre manchot, d une constitution musculaire et squelettique excellente, âgé de 24 ans, célibataire, ayant tous les attributs de la santé la plus complète, mais qui cependant ne peut marcher ni se tenir debout, malgré qu'il jouit de tous les mouvements de ses membres inférieurs dans les positions horizontale et assise et qu'il conserve dans toute son intégrité la puissance desdits membres. Voyons d'abord l'histoire de ce cas et les circonstances dans lesquelles se développa ce syndrome.

Sans antécédents héréditaires névropathiques, Palomino commença à avoir des attaques hystéro-épileptiques depuis 12 ans. Ces attaques étaient quelques fois plus fréquentes dans la journée et d'autres dans la nuit Au début, ces attaques étaient annoncées par des épistaxis et par un tremblement généralisé, et après quelques années par une douleur intense qui avait son point de départ au gros orteil du pied droit, d'où elle se propageait au membre inférieur du même côté, à la moitié correspondante du thorax et à la région rétro-sternale, provoquant dans ce dernier point une grande anxiété respiratoire. L'attaque se caractérise par une chute brusque avec perte de connaissance, des convulsions cloniques et toniques qui demandent l'assistance de plusieurs personnes pour pouvoir le contenir, morsure de la langue et écume sanguinolente par la bouche, coma et émission involontaire de l'urine et des matières fécales. En revenant à lui, il ressent un grand épuisement et la parole difficile; d'autres fois, il pleure abondamment ou il se livre à des actes délictueux Les chutes sont quelquefois si imprévues qu'il porte encore les traces des cicatrices qu'il se fait en tombant, et dans une occasion il se fractura le bras droit Les convulsions durent ordinairement plusieurs jours de suite, mais d autres fois elles s'arrêtent tout de suite en insufflant au malade de la fumée de tabac. Il arrive souvent qu'il entend tout ce qu'on dit autour de lui. Employé comme journalier à Culebra, une des sections du tracé du canal de Panama, le plus important à cause de la magnitude des travaux qu'on y exécute, il se trouva couché le 1er septembre 1896 sous un wagon d'une locomotive de service au moment qu'on faisait sauter avec de la dynamite une partie du terrain. Quand on s'y attendait le moins la locomotive se mit en mouvement et notre homme vit son bras gauche pris par une des roues du wagon au niveau du tiers inférieur. Apporté ce jour même à l'hôpital du canal dans cette ville, il subit le lendemain l amputation du bras. Cinq jours après cette opération, il ressentit pour la première fois une vive douleur dans la ligne d'amputation, douleur qui, de ce point, irradiait sur l'épaule correspondante et sur une grande partie de la moitié gauche du thorax et du cou. Depuis ce temps-là, cette douleur est permanente dans les points que nous venons de signaler. Cinq semaines après l'accident il obtint son *exeat* ; mais au moment de quitter l'hôpital et quand il se trouvait dans la voiture qui devait le conduire à son domicile, il éclate des fortes convulsions qui durent pendant deux jours, au bout desquels il reprend connaissance, mais cette fois sans pouvoir marcher ni se tenir debout. Cet état de choses ne se modifiant pas dans le cours des mois, il détermine d'entrer à l'asile Bolivar en qualité d'invalide.

Au moment de son admission, Palomino se plaint non-seulement de l'incapacité de marcher mais aussi d'une douleur constante au moignon du bras gauche, à la partie antérieure du thorax et dans la moitié du cou du même côté. La sensibilité est profondément altérée dans ce malade. En effet, l'anesthésie, comme l'indiquent les *figures* 5 et 6, est complète pour toutes les excitations dans la moitié droite du corps, excepté dans une zone étroite située dans la région hypogastrique, et dans la moitié gauche, elle comprend la cuisse, sauf une zone verticale correspondant à la surface antérieure, tout le pied jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne une grande partie de la paroi thoracique antérieure jusqu'à quelques centimètres au dessous du mamelon, et le restant de la tête, excepté la joue et la région temporale. Dans tout le moignon, autour de l'articulation scapulo-humérale et à la moitié gauche

du cou, il y a unehyperesthésie très marquée. L'anesthésie comprend aussi l'oreille extrême des deux cotés et la muqueuse de la bouche. La sensibilité articulaire est abolie, mais le sens musculaire est intact. Comme nous l'avons signalé déjà, dans le lit ou dans la position assise ce malade jouit de tous les mouvements de ses membres inférieurs: il peut fléchir et étendre ses jambes sur ses cuisses et celles-ci sur le bassin, croiser les jambes l'une sur l'autre et les relever sur le plan du lit ou bien les diriger dans la direction qu'on lui signale Malgré cela il ne peut se tenir debout qu'en s'appuyant avec le seul bras qui lui reste, et dans cette attitude il sent que les jambes s'affaissent sous lui et qu'elles ne peuvent supporter le poids de son corps, spécialement

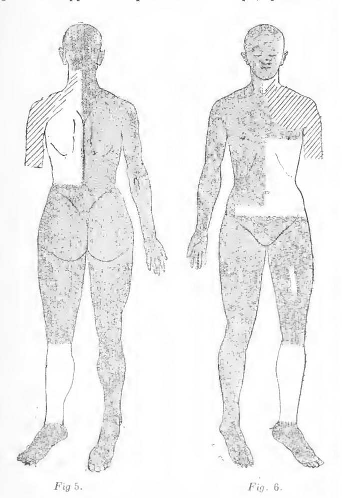
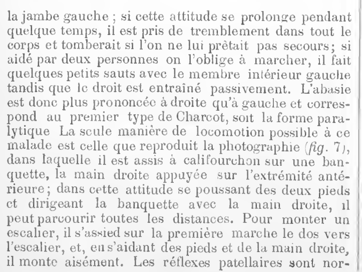


Fig 5. *Fig*. 6.



la jambe gauche ; si cette attitude se prolonge pendant quelque temps, il est pris de tremblement dans tout le corps et tomberait si l'on ne lui prêtait pas secours; si aidé par deux personnes on l'oblige à marcher, il fait quelques petits sauts avec le membre inférieur gauche tandis que le droit est entraîné passivement. L'abasie est donc plus prononcée à droite qu'à gauche et correspond au premier type de Charcot, soit la forme paralytique La seule manière de locomotion possible à ce malade est celle que reproduit la photographie (*fig*. 7), dans laquelle il est assis à califourchon sur une banquette, la main droite appuyée sur l'extrémité antérieure; dans cette attitude se poussant des deux pieds et dirigeant la banquette avec la main droite, il peut parcourir toutes les distances. Pour monter un escalier, il s'assied sur la première marche le dos vers l'escalier, et, en s'aidant des pieds et de la main droite, il monte aisément. Les réflexes patellaires sont normaux. Les plantaires n'existent pas. Les pieds ne sont pas tombants et les membres inférieurs opposent une vigoureuse résistance aux mouvements passifs de flexion et d'extension. Le rectum et la vessie fonctionnent normalement. Les fonctions viriles restent intactes. La main droite donne 90 au dynamomètre. Il n'y a pas rétrécissement concentrique du champ visuel.

Tel était l'état de ce malade, quand nous le soumettons au traitement qui nous avait donné aussi de bons résultats dans une jeune fille de Sibérie, la nommée Léonore (1), elle aussi, atteinte d'astasie-abasie, et dans laquelle après quelques séances de suggestion à l'état d'éveil et de l'hydrothérapie froide, elle put abandonner l'hôpital Saint-Thomas en maîtresse complète de ses



Fig. 7.

membres inférieurs. Dans le cas de Palomino, la suggestion a été également un facteur efficace de la guérison, mais cette fois-ci aidée de l'appareil électrique pour frapper plus vivement l'imagination du patient. En conséquence, après avoir préparé d'une manière convenable le malade en lui suggérant que son affection était guérissable et qu'il suffisait de bien peu d'efforts de sa part pour rendre à ses membres leur activité pour la marche, il fut soumis à l'électrisation. Au bout de la deuxième séance, il put marcher en s'appuyant sur une canne, et en moins d'une semaine la guérison était complète. Il y avait plus de deux ans qu'il était réduit à l'impuissance.

Que le cas de Palomino reproduise la forme typique de l'astasie-abasie hystérique est démontré par les antécédents personnels du malade, par les stigmates per-

(1) Anales de la Academia de medicina de Medellin, 1894.

manents que la névrose a imprimés sur lui et par la guérison rapide que la suggestion a opérée. Mais ce qui importe maintenant est de rechercher quelle a été la cause déterminante qui a provoqué chez notre malade l'apparition de ce syndrome. Pour nous, c'est une idée fixe agissant sur un patient en état inconscient ou subconscient.

Cinq semaines après ce qui lui est arrivé en septembre, Palomino eut une attaque franchement hystérique qui dura deux jours de suite ; et il se devine facilement que pendant la période délirante qui accompagna cette attaque, il a dû se représenter toutes les circonstances de l'accident dans lequel il perdit son bras gauche, exagérées par un esprit exalté par le délire ; alors il a du se figurer non seulement privé de son bras, mais aussi de ses jambes, et comme un homme aussi mutilé est incapable de marcher et de gagner sa vie. Cette idée agissant pendant un temps relativement long sur un esprit en état inconscient et subconscient, s'y est fixée définitivement ; de façon que quand le malade revint à lui deux jours après, il s'est trouvé naturellement impuissant à marcher. Et la preuve que les choses se sont passées ainsi, est qu'il a suffi de lui faire renaître la confiance dans la capacité de ses membres inférieurs pour que la marche et la situation debout s'accomplissent normalement et en peu de jours.

L'idée fixe chez les hystériques, écrit M. Gilbert Ballet (1), se caractérise à la fois par les conditions dans lesquelles elle prend naissance et par l'étroite connexité qui s'établit entre ces conditions et la nature du symptôme par lequel elle se traduit. En effet, à l'origine de toute idée fixe, il y a un incident précis, important ou léger, mais qui a vivement impressionné l'esprit ; le symptôme qui en résulte, contracture ou paralysie, trouble viscéral ou attaque, est subordonné à la pensée de cet incident. Il faut donc accepter avec cet auteur à côté de l'abasie hystérique vulgaire ayant pour cause uniquement l'oubli des mouvements normaux de la marche, une autre abasie hystérique par idée fixe et par obsession.

(1) Les astasies-abasies : abasies amnésiques, abasies par obsession et par idées fixes. (*Sem. méd.*, 1898.)

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Officiers* : M. le Dr Foutorbe, médecin de la marine ; M. le Dr Chédan, médecin des colonies. — *Chevaliers* : MM. les Drs Sauvineau (de Paris) ; Ch.-P. Aubry, Grognier, Guilloteau, H.-J. Reboul, Roby, Salanoue-Ipin, Villette, médecins de la marine ; Maclaud, Rimbert, Sallebert, Simon, médecins des colonies.

Sont nommés : *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs J. Darier, Phisalix, H. de Varigny (de Paris) ; Baudry (de Lille) ; H.-J. Bertin-Sans, Brousse, Hédon (de Montpellier) ; Catois, Guillet (de Caen) ; Chandelux, Poncet (de Lyon) ; Dagrève (de Tournon) ; Lagrange, Lefour (de Bordeaux) ; Laisney (de Coutances) ; Montfort (de Nantes) ; Prenant (de Nancy) ; Tapie (de Toulouse) ; Tesson (d'Angers) ; Gemy, Vincent (d'Alger) ; M. Sandoz (de Paris). — *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Chassevant, Crochet, Gilbert, Jarjavay, G.-A. Marey (de Paris) ; Bernasconi (de Bourg) ; Binaud, Sabrazès (de Bordeaux) ; F. Bosc, Puech (de Montpellier) ; Castex (de Rennes) ; Charmeil, Oui (de Lille) : Condamin, Doyon, Vallas (de Lyon) ; Delon (de Nimes) ; P. Fouriaux (de Clermont-Ferraud) ; Jacques (de Nancy) : Ch. La Saigne (de Tournon) ; Morel, Penières (de Toulouse) ; Perriol, Porte (de Grenoble) ; Poisson, Rappin (de Nantes) ; Reignier (de Moulins).

Sont nommés : *Officier du Mérite agricole* : M. le Dr Gauchot (de Chambois). — *Chevaliers* : MM. les Drs Heim (de Paris) ; Bonnefous (d'Auriac) ; Chayron (de Villefranche-de-Longchapt) ; Franceschi (de Centuri) et Trilhe (de Mazamet).

Médailles des Épidémies. — *Médaille de vermeil* : M. le Dr de Cool (d'El-Madher). — *Médaille de bronze* : M. le Dr L. Pélissier.

GYNÉCOLOGIE

De la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins (myomectomies et polypectomies) (*suite*) (1) ;

Par le Dr L. Longuet, ancien interne des hôpitaux.

III. — Myomectomie abdominale ou énucléation abdominale.

Définition. Synonymie. — Comme la myomectomie vaginale, la myomectomie abdominale est une opération qui consiste dans l'ablation du ou des seuls fibromes inclus dans le parenchyme utérin avec conservation de l'appareil génital. Et cette extirpation des seules parties dégénérées on peut la poursuivre jusque dans la cavité utérine incisée de propos délibéré. Alors l'intervention est une véritable *césarienne abdominale* pour fibrome.

Historique. — Cette opération, nouvelle venue, est à peine connue et pourtant elle constitue dans la thérapeutique conservatrice, une intervention dont l'avenir et le champ d'action sont susceptibles de s'étendre plus encore que sa rivale la myomectomie vaginale. Le 12 janvier 1863 (2), Spencer Wells réalisa la première énucléation abdominale ; Spiegelberg (3), en 1874, fit la seconde, mais c'est en 1880 qu'elle a pris corps et généralisation en Allemagne entre les mains de A. Martin (4) (de Berlin), qui lui a donné son nom ; aussi on la nomme souvent opération de A. Martin (5). Et en effet, ce chirurgien l'a faite sienne ; car 10 ans après il publiait une statistique ne comptant pas moins de 96 cas. Dans son pays d'origine, la myomectomie abdominale trouva crédit auprès de Hager (6) (1886), de Nagel (7) (1886), de Czempin (8) (1886), de Freund (9) (1888), de Brenneke (10) (1894), de Olshausen (11) (1894), de Muller (12) (1895).

En Suisse où elle se répandit, elle fut pratiquée par Kronlein (13) (1890), par Vuillet (14) (1893) ; en Russie, par Otto Engstrœm (15), en Angleterre, par William Alexander (16), Bland Sutton (17), Smyly (18). En Amérique elle fut défendue par Etheridje (19) et par Noble (20).

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 29.
(2) Spencer Wells, cité par Zweifel. — Die Stielbehandlung bei myomectomie, p. 82.
(3) Spiegelberg. — *Archiv. f. Gynœcol.*, 1874, Bd VI, p. 340.
(4) A. Martin et Burkhardt. — *Deutsch medicin Wochenschrift*, 1880, n° 27, p. 357.
(5) A. Martin. — Ueber Mymoperationen. In *Centralblatt f. Gynœcol.*, 1890, p. 797.
(6) Hager. — *Centralblatt f. Gynœcol.*, 1886, n° 40, p. 649.
(7) Nagel. — *Centralblatt f. Gynœcol.*, 1886, n° 31, p. 497.
(8) Czempin. — *Zeitschrift f. Geburt. und Gynœcol*, 1888, Bd XIX, Helf, t. I, p. 223, et Société gynécologique de Berlin, 1886, octobre.
(9) Freund. — Zur entfernung submucoses myome durch die laparotomie. *Centralblatt. f. Gynœcol.*, 1888, n° 49, p. 805.
(10) Brenneke. — *Zeitschrift f. Geburt und Gynecol.*, 1894, XXVIII, 2.
(11) Olshausen. — Die abdominal myomoperationen. *Handbuch der Gynœcol.*, dirigé par Veit, t. II, p. 607. Viesbaden, J.-K. Bergmann, 1897.
(12) Müller. — *Congrès* de Berlin, 1895.
(13) Kronlein. — Einige Bemerkungen zur gunsten des conservirenden verfahrens bei der myomectomie. In *Centralblatt f. Gynœcol.*, 1896, n° 48, p. 876.
(14) Vuillet. — *Congrès* de Rome, 1894.
(15) Otto Engstroëm (Russie). — *Mitheilungen aus der Gynœcol.*, klinick des profess. Otto Engstroëm Bd. 1 H. I, 1897, p. 135.
(16) William Alexander. — Société de Gynécologie anglaise, 14 avril 1898. *Britisch medical journal*, 21 mai 1898.
(17) Bland Sutton. — Société de Gynécologie anglaise, 14 avril 1898. *Britisch medical journal*, 21 mai 1898.
(18) Smyly. — Société de Gynécologie anglaise, 14 avril 1898. *Britisch medical journal*, 21 mai 1898.
(19) Etheridje. — Enucléation avec drainage par la cavité utérine. *Journal of the americ. Med. Assoc.*, 1894. Februar 3.
(20) Noble. — *Annales de Gynécologie et Obstétrique* (traduction), 1897.

En France, les premières césariennes pour fibrome appartiennent, je crois, à Jaboulay (1)(1889 et 1891), qui s'en déclare un partisan convaincu. La même année Doléris (2) fait connaître ses cas personnels, Potherat (3) et Queirel (4) en 1898 en citent quelques cas, sans y insister aucunement. Au contraire Témoin (5) (1896), par ses cas personnels attire l'attention sur la myomectomie, Ricard (6) (1898) en relate d'autres exemples et Blanc (7) (1899), récemment en donne une belle observation. Il est certain que la myomectomie abdominale, trop peu connue jusqu'ici, n'a pas atteint la place qu'elle mérite; dès maintenant elle doit entrer en pratique.

Technique.

La technique est trop simple pour mériter de nous arrêter longtemps. Elle consiste comme la myomectomie vaginale en :

A. *Acte préliminaire. Découverte de la tumeur par hystérotomie.*

Premier temps. — Après laparotomie et extériorisation de l'utérus, l'hémostase temporaire et préventive est faite par un lien élastique serré au niveau du col (A. Martin), ou par une pince à ligaments larges, dont on garnit les mors de caoutchouc et qu'on place de chaque côté sur les ligaments larges, près de l'utérus (Témoin); je préférerais ne pratiquer aucune hémostase préventive, si le cas s'y prêtait. La section médiane dans les régions avasculaires, paraît suffire. L'hystérotomie exploratrice se fait par une hémisection médiane antérieure ou postérieure, ou même par une bisection médiane s'il est besoin. La longueur de l'incision est proportionnelle au volume de la masse à énucléer. Le nombre des incisions, proportionnel à celui des fibromes à enlever. La même incision peut presque toujours servir pour l'énucléation de deux ou plusieurs noyaux fibreux. Quelques opérateurs en ont pratiqué jusqu'à six ou sept.

B. *Acte fondamental : l'énucléation.*

Deuxième temps. — Comme pour la myomectomie vaginale, c'est l'énucléation qui doit l'emporter sur le morcellement. L'énucléation est la manœuvre de choix; elle se fait avec le doigt, avec une spatule, avec un énucléateur. Elle est plus ou moins facile suivant les cas. Lorsque l'adhérence du néoplasme à sa capsule est intime, on peut être entraîné, par nécessité, à faire du morcellement abdominal combiné à l'énucléation: tractions, rotations, torsions, arrachement, ou fragmentation aux ciseaux et au bistouri. Jusqu'ici aucune opération ne parait avoir été arrêtée par l'impossibilité d'extirper la masse : en règle générale l'énucléation seule suffit et elle est facile. Le nombre des fibromes enlevés a été de 1 à 5, à 7 et à 9 les uns après les autres; leur volume a dépassé quelquefois celui d'une tête de fœtus. La muqueuse utérine a été ouverte 24 fois par A. Martin, par Jaboulay et d'autres. Freund, 1888, a même conseillé de l'inciser de propos délibéré pour y passer de haut en bas un drain ou une mèche qui de la poche va vers le col et le vagin. L'énucléation terminée, on prendra soin de contrôler par le palper et la sonde cannelée s'il ne reste pas quelque nodule fibreux enchâssé dans le muscle utérin, afin de faire l'opération aussi radicale que possible. Il faut les chercher *comme les séquestres dans l'ostéomyélite.*

C. *Acte de réparation. Hystérorraphie.*

Troisième temps. — Les loges des fibromes se rétractent en quelques instants et le muscle utérin en se contractant fait disparaître partiellement les orbites dénudées. Mais s'il reste trop de paroi utérine, on la résèque (Témoin), puis on procède à la fermeture hermétique par une suture perdue à étages. Le catgut a été préféré jusqu'ici, quelques-uns font la suture à points séparés (A. Martin), d'autres un surjet, d'autres encore une fermeture en bourse (Jaboulay). Puis les liens élastiques et les pinces hémostatiques sont enlevés, et l'on s'assure pendant un instant, que la ou les sutures ne laissent filtrer aucune goutte de sang. La régression de l'utérus commence d'ailleurs très rapidement. Puis l'organe est remis en place et le ventre est refermé sans drainage, ou avec drainage si l'on craint un suintement sanguin.

Variantes. — a) La *marsupialisation* de la cuvette utérine à la paroi, comme Kuestner l'a faite en 1884 pour la poche d'un fibrome énucléé et de l'utérus et du ligament large, n'est qu'un expédient.

b) *Jaboulay*, en terminant l'hystérorraphie, entoura l'utérus d'un treillis de gaze iodoformée, dont les chefs sortaient par l'angle inférieur de la plaie. Grâce à ce pansement, l'utérus fut maintenu quelques heures à fleur de peau. Cette technique rappelle le pédicule externe de l'hystérectomie abdominale pour fibrome, et il est bien certain qu'il convient de réintégrer complètement l'organe, quitte à mettre un drain qui révèlera s'il y a épanchement séro-sanguin dans le péritoine.

Enfin, au cas où l'utérus est reconnu farci de fibromes et impropre à la conservation, on transformera sans s'attarder l'hystérotomie en hystérectomie sub-totale ou totale. Celle-ci, d'ailleurs, peut être continuée par l'hémi ou la bisection médiane (1), par les deux procédés personnels que nous avons décrits dans un autre travail. Ainsi l'hystérotomie peut n'être que le premier temps d'une hystérectomie abdominale; elle fait même partie intégrante de notre technique d'ablation de l'utérus par voie médiane pour fibrome de petit volume.

Résultats et valeur de l'énucléation abdominale.

Comme l'hystérectomie abdominale pour fibromes, la myomectomie abdominale de A. Martin a donné, de 1880 à 1890, une mortalité notable, quoique beaucoup moindre pourtant que l'hystérectomie. La statistique de A. Martin en 1890, sur 96 cas donna 18 morts, soit 18,75 0/0. Remarquons que la supra-vaginale à pédicule perdu avait à ce moment 28 0/0 de mortalité, et la supra-vaginale à pédicule externe 24 0/0 de léthalité. Par conséquent, la myomectomie était déjà de 10 0/0 moins grave que l'exérèse totale. En 1891, Chevrier (d'Ottava), sur 125 cas qu'il avait rassemblés, trouvait 20 morts, soit 16 0/0. Or, depuis 1890, la chirurgie abdominale s'est transformée. C'est une grossière erreur que de se baser aujourd'hui sur la statistique de

(1) Jaboulay. — *Lyon médical*, 15 novembre 1891.
(2) Doléris. — *In* Chevrier (d'Ottava). — Enucléation des fibromyomes utérins par la voie abdominale. *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1891, p. 201, 279, 314 et 364.
(3) Potherat. — Cités dans sa communication du *Congrès* de Chirurgie, 1893.
(4) Queirel. — *Congrès* français de Chirurgie, 1893.
(5) Témoin. — *Archives principales de Chirurgie*, 1896.
(6) Ricard. — Traitement chirurgical des fibromes utérins. *Gazette des Hôpitaux*, 1898.
(7) Blanc. — Enucléation de fibromes utérins. *Loire médicale*, 15 avril 1898 ou 1899.

(1) L. Longuet. — De l'hystérectomie abdominale supra-vaginale basse ou sub-totale. *Semaine gynécologique*, 1899.

A. Martin pour condamner la myomectomie abdominale. Et cependant ceux qui la critiquent aujourd'hui n'ont pas d'autre arme; ils en reviennent toujours à la statistique de 18,75 0/0 de mortalité de A. Martin. J'ai donc dû réunir les cas qui ont été opérés depuis 1890 et depuis la publication de A. Martin, pour avoir une plus exacte base de jugement. Voici quel est le détail de ma statistique :

Myomectomies abdominales ou énucléations abdominales.

	CAS.	MORTS.	
Kronlein (1)	1	0	(Une grossesse consécutivement, néanmoins, il fallut plus tard faire la supra-vaginale.)
Vuillet (2)	1	0	
Freund (3)	1	0	
Témoin (4)	5	0	
Bland Sutton (5)	8	0	
Smyly (6)	5	0	
William Alexander (7)	11	1	
Noble (8)	5	0	
Otto Engstrœm (9)	100	5	(Quatre grossesses consécutives normales.)
Blanc (10)	1	0	(Enucléation de sept fibromes.)
Ricard (11)	4	0	(Une grossesse concécutive normale.)
Olshausen (12)	38	3	(Soit 7,89 0/0.)
Potherat (13)	1	1	
Doléris (14)	5	0	
Jaboulay (15)	3	0	(Dans l'un, neuf énucléations de fibromes interstitiels, dans l'autre de cinq fibromes interstitiels.)
Ethéridje (16)	1	0	(Récidive.)
Queirel (17)	1	0	
Muller (18)	1	0	(Femme de 25 ans, ablation d'un gros fibrome, ouverture et résection de la paroi utérine, fermeture de l'utérus au catgut, *grossesse* consécutive.)
Totaux	192	10	(soit 4,92 0/0.)

En résumé, la mortalité depuis 1890 n'est que de 4,92 0/0, c'est-à-dire que l'opération est de même gravité que la supra-vaginale basse, moins grave que l'hystérectomie vaginale, beaucoup moins grave que l'hystérectomie abdominale totale. Elle a donc conservé ses distances et je suis persuadé que la mortalité réelle doit être beaucoup moindre encore que ne le disent mes chiffres, parce qu'il s'y est glissé des opérations qui par leur date, ont été faites de 1880 à 1890. Donc c'est une erreur que de dire que la myomectomie abdominale est une *opération grave*.

On l'a rejetée parce qu'elle donnerait des *hémorragies*. Voilà qui est une objection facile à réfuter. Cela est exact si l'hystérotomie est faite dans les régions vasculaires de l'utérus, près des ligaments larges et des pédicules vasculaires de l'organe; c'est faux si l'on s'en tient à l'hystérotomie dans les zones avasculaires, médianes. Il est certain que la plaie utérine doit être fermée avec le plus grand soin, et aussi hermétiquement que possible, par plusieurs étages. Et aujourd'hui qu'on parle de sutures de grosses veines et de grosses artères qui ne laissent pas filtrer de sang, je ne veux pas croire un seul instant que nous ne puissions pas fermer l'utérus par une suture exacte ne laissant filtrer aucune goutte de sang.

On l'accuse d'ouvrir accidentellement la muqueuse utérine et d'être une *source d'infection*. C'est encore là une objection des inexpérimentés. Ne pratique-t-on pas aujourd'hui des gastrostomies exploratrices en chirurgie stomacale? Nous devons nous comporter en conséquence, rejeter les instruments qui ont été en contact avec la muqueuse, stériliser au thermo cette muqueuse. D'ailleurs n'ouvrons-nous pas maintenant de propos délibéré la cavité utérine dans certains cas (hystérectomie médiane de L. Faure pour les suppurations pelviennes, de Duret et de nous-même pour les fibromes)? Ces jours derniers M. Pozzi (1), parlant de l'énucléation abdominale, écrivait: « Vous créez au milieu de l'organe une cavité cruentée avec tous les périls qu'elle comporte. Du sang pourra s'y accumuler, l'infection y trouve un terrain propice. » Je le renvoie aux cinq observations de Témoin, qu'il ne connaît peut-être pas en détail, et aux 192 cas de ma statistique. Quant aux lenteurs et aux incidents d'un drainage prolongé dont parle M. Pozzi, ils restent à démontrer, et l'auteur qui n'a sans doute pas expérimenté beaucoup l'énucléation, n'accorde certes pas assez de valeur à la rétractilité et à la contractilité utérines qui, après l'expulsion d'un fibrome, sont analogues à celles qui suivent l'expulsion de l'œuf après l'accouchement; la grossesse fibreuse obéissant, à ce point de vue, aux mêmes lois que la grossesse normale.

C'est une opération *insuffisante*, a-t-on dit, car elle laisse passer des noyaux fibreux qui évoluent plus tard. Sur les 192 cas que j'ai relevés, il y en a, en effet, deux qui ont nécessité une supra-vaginale ultérieurement. Cela prouve seulement qu'il faut bien se garder de faire l'énucléation envers et contre tout, et de l'appliquer en reculant ses limites, aux cas qui, manifestement, ressortissent d'emblée à l'hystérectomie. Il faut savoir sacrifier un utérus s'il n'est pas utilisable.

En somme, les reproches faits à l'énucléation appliquée aux utérus fibromateux peu déformés et peu détériorés, se passent gratuitement de bouche en bouche, et d'une génération à une autre avec une désespérante fidélité. Ils ont un peu trop vieilli et ne sont plus de mise en l'état actuel de la chirurgie abdominale. Aussi bien pourrait-on demander à ceux qui jugent si mal l'énucléation, s'ils ont pris soin de l'expérimenter entre leurs mains, plutôt que de s'en reporter toujours aux statistiques d'autrefois.

(1) Kronlein. — Einige Bemerkungen zu Gunsten des conservirenden Verfahrens bei der myotomie. — In *Centralblatt f. Gynécologie*, 1890, n° 48, p. 876, cite un cas, qu'il dit unique dans la science, de résection étendue de l'utérus pour un fibrome du fond à large base, suivie de grossesse qui évolua normalement.
(2) Vuilliet. — Congrès de Rome, 1894.
(3) Freund. — Zur entfernung submucoses myome durch die laparotomie. *Centralbl. f. Gynœcol.*, 1888, n° 49, p. 801.
(4) Temoin. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1896.
(5) Bland Sutton. — Société de Gynécologie anglaise, 14 avril 1898, *Britisch medical journal*. 21 mai 1898.
(6) Smyly. — Société de Gynécologie anglaise, 14 avril 1898, *Britisch medical journal*, 21 mai 1898.
(7) William Alexander. — Société de Gynécologie anglaise, 14 avril 1898, *Britisch medical journal*, 21 mai 1898.
(8) Noble. — In *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1897.
(9) Otto Engstrœm (Russie). — *Mitheilungen aus der Gynecol.*; Klinick der prof. O. Engstrœm, Bd. I, H. I, 1897, p. 135.
(10) Blanc. — Enucléation de sept fibromes, la *Loire médicale*, 15 avril 1899.
(11) Ricard. — *Gazette des Hôpitaux*, 1898.
(12) Olshausen. — Die abdominal Myomoperationen, *Handbuch der Gynecol.*, dirigé par Veit, t. II, p. 607. Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1897.
(13) Potherat. — *Congrès* français de Chirurgie, 1893.
(14) Doléris, *in* Chevrier (d'Ottava). — *Nouv. Archiv. d'Obst. et Gynécol.*, 1891.
(15) Jaboulay. — *Médecine moderne*, 18 novembre 1898.
(16) Ethéridje. — Enucléation avec drainage par la cavité utérine. *Journal of the Americ. Med. Assoc.*, 1894, Februar 3.
(17) Queirel. — *Congrès* français de Chirurgie, 1893.
(18) Muller. — *Congrès* de Berlin, 1895.

(1) Traitement chirurgical des myomes, *Semaine gynécologique*, 1899. Leçon recueillie par Reybriand.

En résumé l'énucléation vaginale peut se défendre, et elle peut même triompher si elle a sur les opérations plus radicales quelque avantage. Cette supériorité, c'est la *possibilité de fécondation.* On pourrait esquiver la discussion, en avançant qu'il s'agit « ordinairement de malades qui sont proches de la ménopause ». (Pozzi, *loco citato.*) Citons des faits et l'hypothèse s'écroule : déjà en 1891, dans sa statistique, Chevrier comptait 14 cas d'énucléations qui avaient permis l'évolution ultérieure d'une grossesse. Pour ma part dans ma statistique, je ne trouve pas moins de 7 femmes qui opérées d'énucléation abdominale, ont eu une grossesse après l'opération et ont mené cette grossesse à bien.

Pour terminer je conclus, contre les opinions actuelles, que la myomectomie abdominale est *soutenable* en tous points, qu'elle a droit d'existence, et qu'elle a répondu à ses promesses par les grossesses qui ont eu lieu après cette opération. Mais à quels cas convient-elle?

Indications.

A un nombre de cas probablement *très restreint*, mais d'une existence très réelle.

1° Aux *fibromes* solitaires, peu nombreux. Bien entendu elle ne se discute même pas en face de dégénérescence myomateuse diffuse, d'utérus bourrés de petits fibromes, d'éruptions multinodulaires. Mais on peut sans inconvénient extraire jusqu'à 5, 7, 9, fibromes d'assez gros volume.

2° Aux *fibromes* haut situés et qui dépassent le volume d'un œuf, les autres étant du domaine de la myomectomie vaginale.

3° Chez les *femmes jeunes*, qui sont susceptibles de fécondation, et nous avons dit que la fécondation réussira au moins 21 fois.

4° Peut-être dans certains cas de *fibromes coexistant avec* une grossesse au début, si le néoplasme se présente facile à extraire sans grand traumatisme, afin d'éviter l'avortement. Et il existe des faits de grossesse ayant continué leur évolution normale après myomectomie abdominale.

5° La *myomectomie* reste actuellement une opération d'*exception* parce que nous opérons les fibromes lorsqu'ils sont énormes. Il est évident que ces masses sont justiciables de l'exérèse totale sans discussion. Mais si, comme nous l'espérons, on arrive dans l'avenir à poser en principe que *tout fibrome doit être enlevé précocement*, sans attendre qu'il détermine des symptômes fonctionnels, alors nous verrons la myomectomie abdominale, comme la vaginale, reprendre du terrain, à titre d'opération de la première heure. Actuellement, en face d'un très petit fibrome, nous commençons l'opération avec l'idée bien arrêtée de faire une totale. Abordons-le avec la décision bien arrêtée de faire une *hystérotomie de contrôle*, pour nous assurer que l'utérus peut ou non être conservé. Et alors il est certain que pour les fibromes peu déformants maintes fois les opérateurs se trouveront dirigés à faire de la chirurgie conservatrice; et je suis persuadé qu'ils ne s'en repentiront pas.

IV. — Polypectomie abdominale.

Définition. — La polypectomie péritonéale consiste à extirper les myomes plus ou moins pédiculisés qui font saillie à la surface extérieure de l'utérus, en conservant le reste de l'organe.

Historique. — Cette opération a été faite pour la première fois par Granville (1) en 1837 sans succès, puis avec succès en Amérique par Atlée (2), qui à partir de l'année 1844, extirpa des fibromes pédiculés par cœliotomie. Depuis, elle a surtout été faite pour fibromes compliqués de grossesse, par Thornton et par Schrœder, en 1879, par Hegar, Studgards, en 1883, par A. Martin et Landau, Barnes en 1886, par Franel et Gordon (1), 1889, etc. Le premier cas qui ait attiré l'attention en France est celui de Routier en 1889. Il s'agissait d'un gros fibrome pédiculisé qui fût extrait chez une femme enceinte. La guérison eut lieu et l'accouchement se fit à terme. J'ai réuni depuis les cas d'Olshausen, de Jacobs, de Demons, de Courtin, de Vautrin, de Potherat.

Technique.

La technique consiste à hémostasier préventivement ou non la base du néoplasme par un lien élastique, à confectionner une manchette séro-musculaire autour du pédicule, à sectionner celui-ci, puis à fermer hermétiquement par sutures à étages le tissu utérin, en reconstituant la séreuse de recouvrement par suture séro-séreuse. Parfois on a été entraîné à faire une véritable excision cunéiforme de l'utérus, ou la résection d'une corne de cet utérus. Pozzi a conseillé une ligature en masse de ce pédicule qu'on transfixe et qu'on traite comme ceux des salpingites. Il faut s'assurer en terminant que la suture ne laisse filtrer aucune goutte de sang. La vascularisation extrême des utérus gravides peut donner lieu à des hémorragies notables, et la friabilité du parenchyme peut se mal prêter aux ligatures. Je considère la suture comme supérieure à cette ligature en masse.

Résultats, indications.

Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse aboutir à quelque conclusion. Dans le cas de Potherat le fibrome enlevé ne pesait pas moins de 9 kilogrammes. Celui de Routier était très volumineux aussi. Dans les observations de Vautrin et de Routier, la grossesse concomitante a suivi son cours normal. Chez la malade de Schwartz, l'indication très particulière tenait à la torsion du pédicule.

Polypectomies abdominales.

	CAS.	MORTS.	
Olshausen (2)	39	5	(Soit 12,82 0/0 depuis l'antisepsie.)
Schwartz (3)	1	0	(Pédicule tordu.)
Jacobs (4)	1	0	(Chez une femme enceinte.)
Demons (5)	1	0	
Courtin (6)	1	0	
Routier (7)	1		(Un gros fibrome pédiculisé chez une femme enceinte. Accouchement à terme.)
Vautrin (8)	1	0	(Chez 1 femme enceinte. Accouchement à terme.)
Potherat (9)	1	1	(Fibrome pédiculé de 9 kilogr.)
Totaux	46	6	

(1) Granville. — *Revue méd. transact.*, p. 94, t. XXXIV.

(2) Atlée L. — Washington. M. O. Removal of fibroid tumors of the uterus by gastrotomy; *Americ. Journal Med. sciences*, vol. IX, april 1845, p. 309.

(1) Tous cités par Routier. — In *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1890.

(2) Olshausen. — Die abdominal Myomoperationen. *Handbuch der Gynæcologie*, dirigé par Veit, t. II, p. 607; Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1897.

(3) Schwartz. — Académie de Médecine, 1896.

(4) Jacobs. — *Annales de l'Institut Sainte-Anne*, 1898.

(5) Demons — *In* Binaud. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1894, XV, 582 584. Large pédicule, évidement de l'utérus à ce niveau, la muqueuse fut ouverte, suture à plusieurs étages fermant les différents tissus; suture séro-séreuse, 6.

(6) Courtin. — Fibrome utérin, énucléation par la voie abdominale; *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, p. 589, 1893.

(7) Routier. — *Congrès* français de Chirurgie, 1893.

(8) Vautrin. — *Congrès* français de Chirurgie, 1893.

(9) Potherat. — *Congrès* français de chirurgie, 1893.

Conclusions.

A côté de la chirurgie radicale des fibromes utérins, celle des amputations de l'utérus, il y a, bien loin derrière, toute une chirurgie conservatrice, qui consiste en myomectomies et en polypectomies dont la valeur a été jusqu'ici considérée comme nulle. Il faut en revenir de cette appréciation basée sur des documents faux et sur des hypothèses gratuites. Après revision, il résulte de ce travail, que les opérations économiques sont parfaitement défendables sur tous les points de la discussion, et que si on s'applique à bien préciser leurs indications, d'ailleurs très *restreintes*, elles sont susceptibles de donner les meilleurs résultats.

Il n'est pas question de faire de la conservation dans les grosses tumeurs, telles que celles que nous opérons actuellement; mais si l'on souscrit à cette règle que nous établirons dans un travail ultérieur : que *tout fibrome doit être opéré*, par urgence pour les gros, par prévoyance pour les petits; les opérations conservatrices nous apparaissent, dès aujourd'hui, comme susceptibles d'être le traitement de la première heure. Aux utérus fibromateux manifestement impropres à la conservation les hystérectomies totales sans discussion. Aux petites tumeurs du début, peu nombreuses et bien localisées, la chirurgie conservatrice par la myomectomie vaginale *sans morcellement*, et la myomectomie abdominale, plus précise dans son exploration, d'un champ d'action plus vaste que la précédente. Aux cas moyens, douteux au point de vue de la possibilité de conserver l'organe, l'*hystérotomie d'exploration* d'abord, avec faculté, en toute connaissance de cause, de bifurquer séance tenante vers les opérations conservatrices ou vers les hystérectomies. D'ailleurs l'hystérotomie médiane est implicitement contenue dans certains procédés. Si le chirurgien qui a une égale expérience de toutes ces opérations, entreprend l'intervention avec le but bien arrêté de faire de la conservation chaque fois qu'il le pourra, nul doute que les myomectomies ne soient appelées à un réel avenir. Elles sont parfaitement soutenables, et il ne faudrait pas s'étonner si le prochain progrès dans la thérapeutique des fibromes consistait à accorder une juste place à la chirurgie conservatrice qui a été étouffée prématurément en son premier essor, sur des documents aujourd'hui sans valeur. Il n'est peut-être pas loin le jour où le laparotomiste appelé à opérer les fibromes de bonne heure, comptera avec satisfaction les grossesses que lui a données la thérapeutique conservatrice, comme il le fait depuis quelques temps déjà pour les maladies annexielles : « L'avenir, dit Noble (de Philadelphie), 1897, consiste dans l'intervention précoce, avec le but bien déterminé de substituer la myomectomie à l'hystérectomie dans un grand nombre de cas. » Or, ces paroles ne viennent pas d'un inexpérimenté ni d'un théoricien.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. le Dr Vieusse est chargé du cours de clinique ophtalmique et M. le Dr Guilhem de celui de médecine légale.

École de Médecine d'Amiens. — M. le Dr Labarrière est nommé professeur suppléant de la chaire d'anatomie et d'histologie à l'École préparatoire d'Amiens.

Ecole de Médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira, le 21 décembre 1899, pour l'emploi de Chef des travaux de médecine opératoire.

Clinicat des Maladies mentales. — Le concours pour le clinicat de la chaire des maladies mentales s'est terminé par la nomination de MM. Roques de Fursac et Manheimer.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La réaction défensive.

M. Henri Soulier, professeur de Thérapeutique à la Faculté de Lyon, a, sous le nom de réaction défensive (1), expliqué par une théorie originale les phénomènes de résistance de l'organisme à l'action des maladies infectieuses et ceux qui constituent l'immunisation. On fait peu à notre époque de doctrines nosologiques : les savants observent, expérimentent, sacrifient beaucoup à la technique et à l'analyse des faits; aussi il n'est pas sans intérêt, une fois en passant, de voir philosopher en médecine et émettre une théorie de pathologie générale. Le point de départ de la doctrine du Pr Soulier date de la découverte si intéressante du sérodiagnostic de la fièvre typhoïde par M. Widal. Au lieu de considérer la réaction agglutinative comme une réaction d'infection selon l'opinion de Widal, M. Soulier la considère comme un acte de défense organique, comme un épisode de la lutte de la nature contre la maladie selon l'antique tradition d'Hippocrate. C'est, en effet, la doctrine hippocratique de la « vis mediatrix naturæ », de la nature médicatrice, que M. Soulier adapte aux découvertes modernes sous le nom de réaction défensive.

M. Soulier ne se prétend pas un innovateur, il rappelle que Cantani (de Naples) considérait la fièvre comme étant le plus souvent un effort salutaire de la nature, idée reprise en Allemagne et défendue surtout par Unverricht (de Magdeburg). En 1893 Ch. Richet exposait les procédés de défense de l'organisme, Bouchard écrivait au sujet de la sérothérapie que « les nouveaux remèdes, comme les anciens, ne font le plus souvent que solliciter l'effort de la vieille nature médicatrice », et en 1895, Charrin écrivait un mémoire « sur les défenses naturelles de l'organisme » où il songeait, il est vrai, plus à la prophylaxie qu'à la thérapeutique.

M. Soulier comprend la réaction défensive comme une force en puissance qui devient agissante dès l'arrivée de l'agent pathogène. L'organisme oppose la réaction défensive de ses éléments à l'action offensive de l'agent morbide, et cette lutte constitue la maladie. Les sérums antitoxiques, comme le sérum antidiphtéritique, agiraient en exaltant cette force de défense et ne pourraient pas être considérés comme des médicaments spécifiques.

Comment peut-on constater l'état de cette réaction défensive et en tirer des indications thérapeutiques? M. Soulier répond par l'exposé du schéma de la réaction défensive. On peut constater cette réaction dans le sang, le foie, le rein, le champ visuel et la fièvre. Dans le sang, la réaction agglutinante de Widal, le phénomène de Pfeiffer, l'alcalinité du sérum, la leucocytose destinée à augmenter la phagocytose, la résistance des hématies sont autant de faits qui indiquent une réaction défensive énergique. Pour le foie, la coloration des selles par la bilirubine, la présence de l'urobiline dans l'urine (signe de Gaunat, de Vichy), la glycosurie alimentaire qui permet de juger la fonction glycogénique

(1) H. Soulier. — *La réaction défensive et son schéma.* (Paris, Masson et Cie, édit., 1899.)

du foie, donnent d'excellents renseignements sur l'activité de la défense organique. Pour le rein, l'urotoxie, l'azoturie, la diazoréaction d'Erlich qui permet de se rendre encore plus exactement compte de la leucocytose, l'élimination des substances odorantes éclairent encore le médecin sur la valeur de la réaction défensive. Le rétrécissement du champ visuel est d'un mauvais pronostic. Enfin la fièvre au-dessous de 39°, lorsqu'elle s'accompagne d'une peau moite et sudorale, est un signe précieux de défense, un processus d'oxydation, comme l'admet M. Alb. Robin, qui doit être respecté.

Ces données, qui constituent ce que M. Soulier appelle le schéma de la réaction défensive, suffisent pour guider la thérapeutique, et les injections intravasculaires paraissent au professeur de Lyon le moyen le plus prompt de faire parvenir rapidement l'agent médicamenteux au théâtre de la lutte où il doit donner aux éléments de l'organisme l'entraînement dont ils ont besoin. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juillet 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Cette séance, la dernière avant les vacances, offre un grand intérêt. Elle ne comporte pas moins de douze communications. On doit citer de plus un rapport important de M. Landouzy sur l'emploi des sérums en thérapeutique.

L'aortite palustre.

M. Potain rapporte un cas très démonstratif d'aortite palustre avec dilatation du vaisseau.

Consultations de nourrissons.

M. Budin montre les excellents résultats de ces consultations sur la mortalité infantile. A la Clinique Tarnier la consultation forme une véritable école des mères. Le lait stérilisé distribué ne revient qu'à 35 centimes le litre tout en offrant une complète garantie. Cette communication sera prochainement publiée.

Tuberculose ganglionnaire à forme lymphadénique.

MM. Berger et Bezançon étudient cette forme spéciale de lymphadénome. La nature tuberculeuse douteuse histologiquement et par l'inoculation, est démontrée par les cultures sur sérum gélosé. L'extirpation est le meilleur traitement. Il est probable que les lymphadénomes guéris par l'arsenic appartiennent à cette forme tuberculeuse.

M. Cornil signale comme caractères l'absence de suc au râclage et le grand nombre de cellules géantes. Ces tumeurs sont bénignes.

M. Fournier, dans un cas à évolution d'abord très lente, a vu la mort intervenir par compression trachéale.

Coccidioses humaines.

M. Cornil signale plusieurs faits de tumeurs sous-cutanées à coccidies. Ces tumeurs étaient voisines des bourses séreuses.

Végétations adénoïdes.

M. Ménière communique une statistique de 5.700 cas opérés sans accidents sérieux.

Nucléosels.

M. Bovet montre que les sels les plus énergiques combinés aux albumoses mêlées, sont parfaitement tolérés par l'estomac et l'intestin.

L'acoïne en oculistique.

M. Darier montre que les injections hypodermiques ou sous-conjonctivales de cyanure d'hydrargyre deviennent indolentes par l'association d'acoïne (deux à trois gouttes de la solution à 1 0/0 par injection).

Traitement du psoriasis.

M. Bouffé communique une nouvelle série de succès par le traitement orchitique.

Traitement des calculs rénaux.

M. Bazy présente trois calculs enlevés par la néphrolithotomie simple. Les trois opérés ont parfaitement guéri.

La levurine.

M. Lancereaux présente, sous ce nom, un produit extrait de la levure fraîche et cinq fois plus actif que celle-ci.

Déciduome malin.

M. Gueniot lit un travail de M. Delore (de Lyon). Le déciduome malin est un enchondrome du placenta.

Placenta prævia.

M. Champetier de Ribes cite un cas de mort par très minime décollement placentaire sans atrophie de la partie prævia. A.-F. Plicque.

SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 juillet 1899. — Présidence de M. Troisier.

La fièvre typhoïde à Paris.

M. Netter a recherché s'il y avait réellement une recrudescence de la fièvre typhoïde cette année, et cette recrudescence n'est pas douteuse; la statistique en fait foi. L'augmentation du nombre des typhoïdiques daterait, selon M. Netter, du mois d'août 1898. M. Netter recherche la cause de cette recrudescence. Il fait remarquer que ce sont les habitants qui boivent les eaux de la Vanne qui sont plus particulièrement frappés. M. Netter croit que les bouleversements qui se font dans le sous-sol de Paris ont permis de souiller les conduites et causent cette sorte d'épidémie. Ce qui l'engage à admettre cette hypothèse, c'est la diminution des fièvres typhoïdes dans la banlieue, alors qu'elle augmente de fréquence à Paris, même dans ce mois de juillet.

M. Lancereaux fait remarquer qu'à Levallois et à Puteaux la fièvre typhoïde est actuellement fréquente.

Etiologie des épidémies de la fièvre typhoïde en 1876 et 1882.

M. Lancereaux, à propos de la communication de M. Thoinot, démontre que les épidémies de 1882 et de 1876, qui ont débuté brusquement, étaient dues à la substitution de l'eau de Seine et de Marne à l'eau de source.

Syndrome du début de la tuberculose pulmonaire.

M. Fernet prétend qu'au début de la tuberculose pulmonaire on constate souvent des signes autres que ceux du sommet. Ainsi il a souvent trouvé à la percussion un affaiblissement de la sonorité à la base, et à l'auscultation soit une diminution du murmure vésiculaire, soit au contraire une rudesse inusitée, parfois encore des râles très fins, analogues au râle crépitant de la pneumonie ou plus souvent au sous-crépitant de l'œdème pulmonaire. M. Fernet a de la tendance à rattacher à l'adénopathie trachéo-bronchique les signes qu'il vient de signaler.

Arthropathies, atrophies musculaires et cachexie d'origine blennorrhagique.

M. Launois présente un malade entré dans un état cachectique profond à l'hôpital Hérold. Ce malade a eu six atteintes de blennorrhagie. Il avait en outre des arthropathies et de l'atrophie musculaire des membres inférieurs, de la kératose au niveau des orteils, avec chute de l'ongle du gros orteil. Les pieds sont déformés, les orteils sont portés en dehors. Ce malade a encore un rétrécissement de l'urètre et une cystite

dans le pus de laquelle on ne trouve pas de gonocoques mais du coli-bacille. Depuis peu de temps ce malade a une éruption kératosique au pied gauche. Ce malade s'améliore considérablement. M. Launois croit que ces troubles sont imputables à la blennorrhagie ou plutôt à des toxines qui agissent sur le système nerveux.

M. LANCEREAUX croit qu'il y a une arthrite véritablement blennorrhagique qui est mono-articulaire, puis la polyarthrite déformante où le rhumatisme chronique est réveillé par l'infection blennorrhagique.

M. LAUNOIS fait remarquer que les accidents de son malade se sont accrus à diverses reprises, chaque fois que la blennorrhagie a récidivé.

M. JACQUET fait remarquer que la cachexie blennorrhagique paraissant très grave est d'une bénignité relative et guérit.

M. ACHARD, par la radiographie, dans un cas analogue, a pu constater la présence d'ostéophytes dans les articulations atteintes.

M. ANTHONY a remarqué que les arthropathies blennorrhagiques ne s'amélioraient que lorsque la blennorrhagie disparaissait complètement.

Alcool et cyclisme.

MM. L. JACQUET et REGNAULT. — La croyance populaire que l'alcool donne de la force est une des causes de l'alcoolisation progressive de ce pays. Les médecins ont donc le devoir de combattre cette erreur, qu'ils ont d'ailleurs jadis contribué à répandre. Nous avons eu l'occasion de demander à quelques cyclistes connus leur opinion sur les effets de l'alcool au point de vue professionnel. Ce sont MM. Miller (de Chicago), Calmettes et Garin (de Paris), Monachon (de Genève), Fischer (de Mulhouse). Leur réponse a été invariable : tous sont d'une grande sobriété en dehors même des périodes d'entraînement, fuient les apéritifs et l'absinthe. Quant à la course proprement dite, leur opinion peut se résumer en une formule d'une saisissante netteté : « L'alcool coupe les jambes. »

Diarrhées cholériformes dues à l'entérocoque de Thiercelin.

M. LESAGE fait remarquer que, comme M. Béclère, il a observé de nombreux cas de diarrhées cholériformes même graves. Dans ces diarrhées, il a trouvé en culture pure l'entérocoque décrit par M. Thiercelin dans l'entérite mucineuse, l'appendicite, certaines diarrhées, etc.

M. BÉCLÈRE fait remarquer que la diarrhée cholériforme étudiée par M. Lesage avait donné lieu à tous les symptômes du choléra le plus grave. J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 juillet 1899. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Hystérectomie abdominale pour cancer.

M. RICARD a pratiqué 10 fois cette opération et n'a eu à regretter qu'une seule mort. Il s'agissait, dans tous ces cas, de formes très graves d'épithélioma utérin avec lésions trop étendues pour permettre l'hystérectomie vaginale. M. Ricard fait ressortir les difficultés opératoires spéciales que présente l'hystérectomie abdominale en cas de cancer. En raison de l'infiltration cancéreuse des ligaments larges l'utérus reste fixé, difficile à élever au-dessus du vagin qui est ratatiné et court; les artères utérines sont difficiles à saisir.

M. SEGOND apporte à la discussion les résultats de sa pratique personnelle. Pour apprécier la valeur comparée de la voie abdominale et de la voie vaginale, les résultats personnels sont, en effet, beaucoup plus convaincants que les statistiques d'emprunt. M. Segond a pratiqué 95 hystérectomies vaginales pour cancer. Dans tous les cas, le diagnostic a été vérifié par l'examen histologique pratiqué par M. Cornil. Sur 40 cas, étudiés au point de vue de la récidive, celle-ci est survenue 30 fois dès la première année, sept fois dans la deuxième année, une fois dans la troisième année, une fois dans la quatrième année, une fois dans la septième année. En ce qui concerne la survie des opérées, il y a un cas datant de 10 ans, un cas de 9 ans, deux cas de 4 ans, quatre cas de deux ans et demi, deux cas de 2 ans. La gravité opératoire dépend du degré des lésions. Quand on opère un utérus mobile, dont le cancer est limité au col, le résultat opératoire est excellent; les malades supportent très bien l'opération. Mais si le cancer a dépassé le col, si le corps utérin est envahi, l'hystérectomie vaginale devient alors très meurtrière.

M. Segond passe ensuite à la critique des arguments que l'on invoque en faveur de l'hystérectomie abdominale. A en croire certains auteurs cette opération serait d'une grande bénignité, ce serait de plus la seule intervention rationnelle, car elle permet la toilette complète du bassin ; son pronostic ultérieur serait excellent. Il est certain que l'hystérectomie abdominale devient de plus en plus bénigne à mesure que son manuel opératoire se simplifie. Mais elle n'en est pas moins très grave quand il s'agit de lésions étendues. Sans doute elle est rationnelle, puisqu'elle permet la toilette complète du péritoine, mais à condition que celle-ci soit possible, ce qui n'a pas toujours lieu. En ce qui concerne le pronostic d'avenir, il faudrait des statistiques plus nombreuses pour savoir si l'opération, que ses partisans considèrent comme pleine de promesses, donne réellement des résultats si merveilleux.

M. Segond, résumant son opinion sur l'hystérectomie abdominale, reconnaît que celle-ci est très bénigne, quand on l'applique à des cas de cancers limités, mais qu'elle devient meurtrière, quand on l'applique à des cancers étendus, et ne présente alors aucun avantage sur l'hystérectomie vaginale.

M. Segond résume ainsi la conduite à tenir vis-à-vis du cancer de l'utérus. En présence d'un cancer du corps ou du col, qui a dépassé les limites de l'utérus, il faut s'abstenir d'opérer par en haut aussi bien que par en bas. Ce sont des cas inopérables et on doit alors se contenter d'un traitement palliatif, au moyen d'opérations partielles, qui donnent de bons résultats au point de vue de la survie. Il ne faut opérer que les cancers limités à l'utérus. S'agit-il d'un cancer du col ou d'un cancer limité au corps, M. Segond recourt toujours à l'hystérectomie vaginale. Il admet l'hystérectomie abdominale pour les cas de cancer du corps, avec col ramolli.

M. Segond conclut en disant que l'hystérectomie abdominale a subi des progrès incontestables dans son manuel opératoire, mais non dans son pronostic thérapeutique, quand elle s'adresse au cancer de l'utérus.

M. TERRIER pense qu'il n'y a pas lieu d'imposer des limites aux cas opérables ou non opérables. Quel que soit le cancer, quelque minutieuse que puisse être la toilette du péritoine, la récidive s'observe toujours. Les prétendues guérisons tiennent à des erreurs de diagnostic.

M. POIRIER, contrairement à l'opinion pessimiste de M. Terrier, pense qu'on peut admettre la possibilité d'une guérison définitive à la suite de la résection d'un organe cancéreux.

Présentations.

M. LEJARS présente un malade, qu'il a opéré à la maison Dubois pour des accidents d'occlusion intestinale. La laparotomie fit découvrir une hernie propéritonéale à type rétropubien, qui se trouvait étranglée par un anneau fibreux, en dedans de l'anneau inguinal interne.

M. WALTHER présente une jeune femme, à qui il a enlevé une tumeur osseuse du rachis, étendue de la cinquième cervicale à la première dorsale.

M. CHAPUT montre un malade, atteint d'une fracture verticale du tibia. P. RELLAY.

MORSURES DE RAT. — Pendant la nuit, une blanchisseuse de Schaffouse (Suisse) entendit crier son nouveau-né. Elle n'y attacha pas d'importance; mais, à la fin, comme l'enfant ne cessait pas, elle s'approcha pour le calmer. Un énorme rat sauta à bas du lit du bébé, dont il avait déjà troué l'une des joues. On désespère de sauver l'enfant. (*Bonhomme Normand*, du 20 juillet 1899.) Il n'était pas rare autrefois de trouver dans les salles du rez-de-chaussée, en contre-bas du sol, du bâtiment des incurables à la Salpêtrière, des hémiplégiques ou des grabataires mordus par des rats (1868-1870).

ASILE NATIONAL DE VINCENNES. — M. le Dr Bourrillon, ancien député de la Lozère, est nommé directeur de l'Asile national de Vincennes, en remplacement de M. Marchessou, ancien préfet, qui vient d'être révoqué.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. — **Des difficultés de la version causées par la rétraction de l'anneau de Bandl**; par H. Chéron. — (Thèse, Paris, 1899.)

I. — Le Dr Chéron nous donne d'abord un résumé très complet de la question, puis étudie, surtout au point de vue pratique, les difficultés de la version podalique.

Il fait l'étude anatomique de l'anneau de Bandl. Pendant la grossesse, l'anneau peut exister et être reconnu par le toucher vaginal; mais l'auteur conclut qu'au point de vue pratique il n'est pas absolument nécessaire d'explorer l'anneau de Bandl. Pendant le travail, la région de l'anneau peut former une bande contractile qui se sépare de la continuité de la paroi utérine, ainsi que l'ont observé Braüne, Barbour, Benckiser et Acconsi. Après l'accouchement, le relief de l'anneau s'observe pendant quelques jours; puis, du sixième au dixième jour, on constate une disparition complète. Vient ensuite un résumé des différentes théories émises sur les origines de l'anneau de Bandl. L'opinion générale est que l'anneau de contraction forme la partie inférieure du corps de l'utérus.

La deuxième partie traite de l'étude clinique des rétractions de l'anneau pendant le travail. La partie *étiologique* comprend les causes maternelles et les causes dues au fœtus et à l'arrière-faix. Quels peuvent être les symptômes? 1° dans la grossesse simple : présentation du sommet, de la face, de l'épaule et du siège; 2° dans la grossesse gémellaire. Puis viennent des considérations sur les complications et le diagnostic.

La troisième partie du travail traite de la *Version podalique par manœuvres internes*. Sous le titre de *Manuel opératoire*, le Dr Chéron s'occupe des difficultés qui peuvent se présenter : 1° au moment de la pénétration de la main; 2° pendant la recherche et la saisie du pied dans l'utérus rétracté. Pour amener une diminution dans le resserrement de l'anneau de Bandl, doit-on employer le chloroforme ou rester dans l'expectative; les succès varient suivant les cas. En résumé, saisir le pied qui se présente et par le chemin le plus direct, soit par le plan ventral, soit un longeant la région fessière; tout dépend des circonstances, à l'opérateur de choisir la voie à suivre.

Pour le deuxième temps de l'opération, il faut considérer deux cas : 1° *la partie du fœtus qui se présente occupe la cavité du segment inférieur*. Les mouvements à faire subir au fœtus consistent en un abaissement du siège, avec traction du membre inférieur abaissé, puis refoulement de la tête vers le fond de l'utérus, mouvements simultanés, quand l'utérus n'est pas rétracté. Mais si l'utérus se trouve séparé en deux par la bande annulaire, souvent le siège vient au contact du détroit musculaire rétréci et la partie fœtale reste fixée dans sa situation primitive : le fœtus est en arc de cercle, tête et siège au voisinage l'un de l'autre. Le refoulement de la partie fœtale contenue dans le segment inférieur est délicat et souvent impraticable. Trois procédés opératoires sont indiqués par le Dr Chéron. On doit toujours veiller à la protection du segment inférieur. 2° *Le fœtus est situé tout entier au-dessus de l'anneau de Bandl*. Dans ce cas, la rétraction de l'anneau ne peut s'opposer à l'évolution, si ce n'est en gênant le mouvement de pénétration du bras. Donc, suivant le degré de rétraction de l'utérus, le fœtus pourra évoluer plus ou moins facilement. Quant aux accidents imputables à la version, la rupture utérine est la seule complication immédiate.

Valeur pronostique de certains symptômes : 1° *Examen direct de l'anneau*. En se basant sur le degré d'hypotension de la bande musculaire pendant l'intervalle des contractions utérines, et sur la hauteur qu'elle occupe; le degré d'allongement pouvant indiquer indirectement la puissance de contraction du corps utérin et de l'anneau de Bandl. 2° *Examen de la poche des eaux*. On se base sur le temps écoulé depuis la rupture de la poche. 3° *Valeur tirée de la durée du travail*. 4° *Valeur tirée du degré de dilatation de l'orifice utérin*. 5° *Des eutociques et des moyens accélérateurs du travail*. Proscrire l'ergot de seigle. L'emploi des ballons est seul indiqué.

Cas de grossesse gémellaire. — Quand la rétraction de l'anneau de Bandl survient pendant une grossesse gémellaire, la résistance de la bande musculaire est généralement peu forte; on emploie la version ou le forceps. Dans le cas de rétractions très fortes, on agirait comme dans le cas d'une grossesse simple avec fœtus au-dessus de l'anneau. Le Dr Chéron énumère de nombreuses observations ayant trait aux différentes présentations : du sommet, du siège, de l'épaule et de la face. Dans ses conclusions, l'auteur nous représente l'anneau de Bandl comme constitué aux dépens de la partie inférieure du corps utérin.

Il le considère :

1° *Pendant la grossesse*. — Il ne forme aucun relief dans l'utérus. Parfois il se présente à son niveau un épaississement, mais qui n'est jamais brusque et décroît vers le segment inférieur. On peut déceler sa présence par des pressions digitales, on fait alors saillir un anneau musculaire séparant la paroi du corps utérin de celle du segment inférieur.

2° *Pendant le travail*. — La rétraction de l'anneau disparaît en général après la mort. Pendant le travail, il subit une ascension dont le hauteur dépend des contractions du corps utérin.

3° *Après l'accouchement*. — Le corps utérin se rétracte fortement, et l'anneau qui forme une zone intermédiaire, se présente comme un épais bourrelet qui ferme la cavité du corps utérin.

Origines de l'anneau de Bandl. — Deux théories sont émises : 1° le canal cervico-utérin est formé par le col et l'anneau correspond à l'orifice interne. 2° le segment inférieur est formé aux dépens du corps, et l'anneau doit être considéré comme la partie inférieure du corps utérin.

Les causes peuvent être maternelles ou fœtales.

1° *Causes maternelles*. — Les causes prédisposant à la contraction de l'anneau de Bandl peuvent être les bassins rétrécis, les tumeurs utérines et péri-utérines, les rigidités du col et la résistance du périnée; la rupture prématurée de la poche des eaux, la longue durée du travail, les fortes contractions utérines, l'emploi de l'ergot de seigle, les agents accélérateurs ou provocateurs du travail.

2° *Causes fœtales*. — Présentations de l'épaule, du siège et de la face. Dans les cas de grossesse gémellaire, les fœtus étant l'un au-dessus de l'autre, l'anneau correspond au point qui les sépare. La rétraction de l'anneau de Bandl est toujours accompagnée de la rétraction du corps utérin. L'anneau peut se rétracter quand le fœtus est situé dans le corps utérin ou engagé dans le segment inférieur, excepté dans les présentations de la face. Les complications les plus fréquentes de l'*hour glass ante partum*, sont la rupture de l'utérus, les hémorragies, l'infection puerpérale. La mortalité infantile est d'environ 45 0/0. Pendant la version podalique, nous avons vu plus haut les difficultés que l'on peut rencontrer suivant que le fœtus est au-dessus de l'anneau ou dans le segment inférieur. Le choix de l'intervention varie. Quand l'enfant a succombé, l'embryotomie triomphe en général de la résistance de l'anneau. Quand l'enfant est vivant, la conduite à tenir varie suivant les présentations. L'emploi du forceps donne de mauvais résultats dans les présentations de la face. La survie de l'enfant ne saurait autoriser des manœuvres de violence.

II. — **Les auto-intoxications de la grossesse**, par G. Bouffe de Saint-Blaise. (*Actualités medicales*, 1899.)

II. — L'auteur résume d'abord les idées de Bouchard sur les sources des auto-intoxications à l'état normal, rappelant que le sang, les urines, etc., sont des poisons normaux de l'organisme. Puis, s'occupant de la physiologie de la grossesse normale, la grossesse est-elle une cause d'origine de surproduction de poisons? Les différents organes, surtout le rein et le foie, *organes de défense*, sont dans un état qui ne leur permet pas de contrebalancer l'état d'intoxication.

En dehors de la grossesse, la pathologie des auto-intoxications nous indique qu'il peut y avoir insuffisance rénale pure ou insuffisance associée du foie et du rein.

Pathologie des auto-intoxications de la grossesse. — S'il existait une maladie antérieure du foie, les accidents ont une physionomie particulière. Dans le cas de néphrite antérieure, la grossesse lui donne une gravité exceptionnelle.

S'il n'existait aucune maladie ni du foie ni des reins. — Là est le point important de la question traitée par l'auteur. Il rappelle l'exposé des théories de M. Pinard sur *l'hépato-toxhémie gravidique.* Il pense comme lui, qu'un certain nombre d'accidents et de complications de la grossesse sont sous la dépendance directe de l'état du foie. Le rein, en dehors des maladies préexistantes, n'aurait qu'une action secondaire, quoique souvent très importante, et l'albuminurie gravidique ne serait souvent qu'une complication et même un signe de l'insuffisance hépatique. Parmi les causes de *l'insuffisance hépatique spéciale à la grossesse,* on peut citer : les lésions rénales, l'albuminurie *a frigore,* l'hérédité, la vie sédentaire, l'usage du corset, l'influence du corset, l'arthritisme.

Il est bien probable que l'insuffisance rénale se joint à l'insuffisance hépatique, mais à l'autopsie des femmes éclamptiques le foie a toujours été trouvé très malade, tandis que le rein était sain ou présentait des lésions très secondaires. Comme traitement, le régime lacté réussit admirablement dans la plupart des cas. Les manifestations les plus importantes de l'hépato-toxhémie gravidique, sont : les troubles dyspeptiques, les vomissements, le prurit généralisé, le ptyalisme, les vomissements incoercibles. Le régime lacté est indiqué. Les névrites, ictères, troubles de la peau, albuminurie gravidique sont des signes d'hépato-toxhémie gravidique.

Pour les *accès éclamptiques,* l'action prépondérante est celle du foie. Alors prend naissance, en 1891, la théorie de M. Pinard sur ces accès Ils font partie d'un ensemble de phénomènes sous la dépendance d'une influence hépatique. Comme conclusion générale de l'hépato-toxhémie gravidique, les formes de l'intoxication peuvent être différentes suivant qu'un poison ou l'autre prédomine ou que l'organisme fournit un lieu de moindre résistance par hérédité, maladie antérieure ou disposition morbide. Viennent ensuite, précédant les conclusions, des considérations sur le diagnostic et les conséquences cliniques.

Conclusions. — L'auteur constate qu'il lui a fallu à chaque instant conclure par analogie, en se basant sur ce que l'on voit en pathologie. La discussion est donc loin d'être épuisée et il ne faudrait pas énoncer des conclusions trop précises. Les auto-intoxications existent à l'état normal. Elles existent aussi et peuvent être augmentées pendant la grossesse; mais les accidents sont dus à l'insuffisance des organes de défense. C'est le foie qui paraît avoir l'action prépondérante; celle du rein serait plus secondaire. Ce que l'on doit faire le plus vite possible, c'est le diagnostic de l'insuffisance du foie, c'est là la partie utile et intéressante.

Le traitement rationnel des auto-intoxications, qui consiste à laisser entrer le moins possible de poisons et à en soustraire le plus possible, a l'action la plus nette sur toutes les manifestations décrites, qui se retrouvent dans le tableau symptomatique de l'hépato-toxhémie des maladies du foie.

III. — De l'allaitement chez les femmes qui ont eu de l'albuminurie de la grossesse; par MM. Pierre BUDIN et CHAVANE.

III. — Une femme qui a de l'albumine de la grossesse ou des attaques d'éclampsie, et qui présente encore de l'albumine après l'accouchement, doit-elle allaiter son enfant? Depuis 1892, nous avons étudié la question, à la Charité, à la Maternité et la Clinique Tarnier. Toutes les femmes, même albuminuriques, nourrissaient : aucun inconvénient n'en résultait, ni pour les mères ni pour les enfants.

Nous avons considéré deux cas :

1° *Femmes albuminuriques observées après l'accouchement pendant leur séjour à l'hôpital.* — Nous pouvons citer cinq observations, d'où il résulte que, chez les albuminuriques aussi bien que chez les éclamptiques, l'allaitement n'a pas été défavorable ni aux femmes ni aux enfants.

2° *Femmes albuminuriques observées pendant les mois qui suivent l'accouchement.* — Nous avons pu suivre, pendant plusieurs mois, des femmes chez lesquelles l'albumine avait persisté et qui allaitaient leurs enfants. Les résultats ont été excellents. Nous en concluons que, contrairement à l'ancienne opinion, les femmes qui ont de l'albuminurie ou ont eu de l'éclampsie peuvent nourrir leurs enfants. Souvent l'albumine disparaît rapidement. Quand elle persiste, ce qui est rare, l'allaitement peut être continué et la guérison de la mère ne paraît pas empêchée. Si la mère n'a pas assez de lait, on peut recourir à l'allaitement mixte. On doit naturellement surveiller les cas de complication ou de contre-indication. Toutes nos malades étaient au régime lacté. Quant à celles qui avaient eu des accès d'éclampsie, elles n'ont commencé à allaiter que lorsqu'elles ont été tout-à-fait remises, ce qui, du reste, arrive assez vite.

IV. — La grossesse extra-membraneuse; par le Dr GLAIZE, moniteur à la Clinique Tarnier.

IV.— Le Dr Glaize vient de consacrer sa thèse à l'étude d'une série de faits encore peu connus et bien intéressants : nous voulons parler de ces observations de fœtus extra-membraneux qui ont fait l'objet de communications récentes à la Société d'Obstétrique de Paris, de la part de MM. Bar, Maygrier et Dubrisay.

Voici le résumé du travail de M. Glaize :

Après avoir fait l'historique de la question et rappelé, en les commentant, les observations de Braun, Küstner, Olshausen et Lebedeff, à l'étranger, de MM. Tarnier, Bar, Maygrier et Dubrisay, en France, l'auteur étudie le développement embryologique et la structure des membranes ovulaires; un long paragraphe est consacré à l'étude du placenta marginé, tout récemment mise au point par MM. Schwab et Delore. Quatorze observations sont réunies dans ce travail, dont deux ont trait à la grossesse multiple. Dans huit de ces observations, on a affaire à une grossesse extra-amniotique : l'amnios s'est rompu seul, probablement vers la fin du 1er trimestre de la grossesse, il s'est réduit à une pochette rudimentaire, le fœtus a abandonné cette enveloppe insuffisante pour le contenir et a continué à se développer dans la cavité chorionale. Aucun symptôme n'est venu révéler cette anomalie pendant la grossesse; aussi le diagnostic n'a-t-il pu être fait qu'à l'examen du délivre.

Dans plusieurs cas, le fœtus a présenté des amputations congénitales.

Les 6 dernières observations sont encore plus curieuses : il y a eu rupture prématurée des deux membranes et passage du fœtus hors de la cavité ovulaire, dans la cavité utérine où il a continué à se développer pendant un laps de temps variant de 30 à 110 jours.

Comme symptôme, on a constaté de l'hydrorrhée amniotique, ou plutôt un écoulement journalier d'eaux fortement teintées de sang, jusqu'au jour de l'accouchement. Par un traitement antiabortif que l'auteur expose tout au long dans son dernier chapitre, on a pu prolonger la grossesse et retarder le début du travail, de manière à avoir un enfant viable. Malheureusement, celui-ci, qui se présente le plus souvent par le siège, a presque toujours succombé au cours du travail. Dans un seul cas, celui de M. Dubrisay, il a survécu à l'accouchement.

Le chapitre le plus intéressant du travail du Dr Glaize est celui consacré à la pathogénie. Après avoir rappelé les diverses opinions des auteurs, M. Glaize se base sur l'étude des symptômes, sur l'examen des délivres et sur des coupes microscopiques de membranes pratiquées avec l'aide du Dr Blondel, chef du laboratoire de la Maternité de la Charité, et conclut à l'existence d'une *endométrite déciduale* qui aurait, du même coup, déterminé la margination du placenta, le rétrécissement de l'aire choriale, l'éclatement de l'œuf et le passage du fœtus hors des membranes. Celles-ci, se rétractant dans la suite, se sont soudées sur le bord libre de l'orifice par un raphé cicatriciel.

Les conclusions qui terminent l'étude de cette anomalie, que M. Glaize a appelée la *grossesse extra-membraneuse,* ne laissent pas d'être intéressantes, étant données la singularité des faits et les discussions qu'a soulevées leur interprétation.

Deux belles photographies de placentas et le dessin d'une coupe microscopique sont annexés au texte de cet ouvrage original, imprimé chez Carré et Naud. MERLE.

BIBLIOGRAPHIE

Essai de groupement nosographique des maladies infectieuses de l'homme; par M. L. Gautier (de Genève). (1 vol. in-8°, 100 p., Genève 1899.)

Les maladies infectieuses de l'homme peuvent se classer différemment, suivant que l'on se base sur la clinique ou la bactériologie. Comme, jusqu'à ce jour, les caractères distinctifs, les propriétés intimes des bactéries ne sont pas connus d'une façon suffisante, force est de recourir à un groupement clinique, à moins d'allier à la fois nos connaissances cliniques et bactériologiques, comme a tenté de le faire tout récemment M. Gautier. Son essai de classification est évidemment sujet à quelques objections; mais, en l'état actuel des choses, nous devons accueillir toutes tentatives de ce genre, et celle de M. Gautier est certainement une des meilleures et des plus consciencieuses.

L'auteur divise tout d'abord les maladies infectieuses en maladies essentiellement humaines ou bien humanisées, et en maladies de cause extra-humaine. On voit déjà la fragilité de la classification; la tuberculose, par exemple, classée par l'auteur dans la catégorie des maladies essentiellement humaines, n'est-elle pas aussi une maladie animale et, par suite, de cause extra-humaine; de même pour la staphylococcie, etc.

Dans la première catégorie, c'est-à-dire dans les maladies essentiellement humaines, M. Gautier range d'abord les infections polymorphes dues aux microbes banals de la suppuration, tels que les staphylocoques, streptocoques, coli-bacilles, pneumocoques, sans oublier le pyocyanique, le bactérium thermogène, le tétragène, ce dernier ayant acquis droit de cité en pathologie humaine depuis le travail de Chauffard et Ramond. Ces microbes, parasites habituels de notre économie, peuvent occasionnellement devenir pathogènes et créer une infection locale ou générale, à manifestations évidemment variables, mais offrant cependant une certaine unité, qui permet de la différencier de l'infection typhoïde par exemple. Dans un second groupe, on peut ranger les infections à caractère typhoïde ou pestilentiel. Ce sont des maladies épidémiques, produites par des microbes mobiles doués de la propriété d'agglutination. Le symptôme dominant est l'adynamie; la rechute est fréquente, la convalescence fort longue. Ainsi évoluent la fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale épidémique, la fièvre de Malte, la fièvre jaune, le choléra, le typhus récurrent, le typhus pétéchial, la peste, etc. Viennent ensuite les fièvres éruptives, la variole, la varicelle, la rougeole, la rubéole, la coqueluche, les oreillons, la scarlatine, la diphtérie, dont les microbes, à part celui de la diphtérie, et peut-être celui des oreillons, nous sont encore inconnus; ce sont des maladies d'enfants, suivies d'immunité pour la plupart, et qui, malgré leur gravité possible, ont une convalescence relativement courte.

Le groupe des pandémies comprend la grippe et la dengue, dont la survenue est brusque et généralisée à tout un pays, et ne crée pas d'immunité. Les maladies vénériennes sont représentées par la syphilis, le chancre simple et la gonococcie; la contagion génitale est en cause dans la majorité des cas; elles ne sont pas inoculables aux animaux. Mais la syphilis s'écarte des deux autres affections vénériennes en ce qu'elle confère une immunité absolue contre toute nouvelle atteinte.

Toutes les maladies précédentes ont habituellement une marche aiguë; les infections diathésiques, qui constituent un nouveau groupe, ont une évolution longue, et impriment à l'organisme un cachet inaltérable pour la vie. Ainsi se comportent la tuberculose et la lèpre; on pourrait y ajouter la syphilis, déjà signalée dans un groupe précédent. La seconde catégorie des maladies infectieuses comprend les infections d'origine extra-humaine : la septicémie gangreneuse, le tétanos, la rage, le charbon, la morve, le psittacose. Enfin il est nécessaire de mettre dans un groupe à part les maladies infectieuses causées par des microorganismes autres que les bactéries, les mycoses et les protozooses.

L'auteur termine par un chapitre où il passe en revue les maladies peut-être infectieuses, le zona, la chorée, le rhumatisme articulaire aigu, le cancer, etc.

Abcès du psoas au cours de la variole; par Cadina Castellvi (*Revista de Medicina y Çirugia*, n° 558.)

Un homme et une femme, pendant la convalescence de varioles assez graves, présentent de la tuméfaction douloureuse d'une fosse iliaque, flexion forcée de la jambe sur la cuisse et demi-flexion de la cuisse sur le bassin du même côté; douleur violente du membre intéressé et immobilisation rapide de l'articulation coxo-fémorale. Ouverture de l'abcès sous le ligament de Puofart, issue de plus d'un litre de pus; guérison rapide de tous les accidents. Ces deux cas rencontrés coup sur coup doivent attirer l'attention sur la psoïtis qui, parmi les séquelles suppuratives de la variole est particulièrement grave en raison des dangers de rupture spontanée vers le péritoine, ou de la résorption d'une grande quantité de pus avec cachexie consécutive si on tarde à intervenir. La bénignité et la facilité de l'opération sont extrêmes. F. Boissier.

Myélite infectieuse consécutive à la variole; par D. Sainz y Lopez. (*Revista de med. y cir.*, n° 556.)

Un malade relevant de variole présente tous les signes de la myélite aiguë, passe à l'état chronique, s'améliore au bout de huit mois, puis retombe et meurt dans le délire aigu; au cours de la même épidémie, l'auteur a vu un malade présenter le syndrome exact de la méningite, lorsque au 6e jour tous les symptômes nerveux cessent faisant place à une éruption variolique qui a suivi son cours normal. Enfin un enfant de 17 mois a eu une première variole, puis a été vacciné avec succès, ce qui ne l'a pas empêché d'avoir plus tard une seconde variole, cas exceptionnel de réceptivité. F. B.

Alcoolisme et tuberculose; par Espina y Capo. (*Revista de Medicina y cirugia*, nos 557 et 558.)

L'alcoolisme est plus grave devant la tuberculose que devant la syphilis, le diabète ou le paludisme. Il ouvre la porte au bacille par tous les moyens : destruction de la défense épithéliale des organes (poumons, reins, etc.), dénutrition générale, anémie par l'action nocive spéciale sur l'appareil digestif, hypoglobulie par l'action directe sur les hématies. La tuberculose une fois constituée se complique plus fréquemment et beaucoup plus tôt de diarrhée dans l'alcoolisme, elle prend fréquemment aussi la forme emphysémateuse, c'est l'union de deux causes de dyspnée, comme l'union de deux causes d'irritation laryngée. L'influence dégénératrice de l'alcoolisme sur les vaisseaux produit aussi la forme hémorragique. Le vaisseau est attaqué en dehors par la tuberculose, en dedans par l'alcoolisme. Les formes les plus lentes deviennent rapides et généralisées tout en conservant une température relativement basse. La dyspnée cardiaque vient encore compliquer le tableau sans préjudice de l'insuffisance rénale précoce, et des obstacles opposés au traitement ordinaire par la présence de l'alcoolisme. Il n'y a d'ailleurs pas à hésiter dans ces cas, il faut faire arriver le malade graduellement mais rapidement à l'abstinence. F. B.

Luxation intermittente du nerf cubital; par R. Lozano. (*Revista de Med. y Cir.*, n° 575.)

Un homme chargé d'un fardeau glisse et fait un effort pour maintenir sa charge, d'ou contraction violente des muscles épitrochléens, arrachement de l'arcade aponévrotique d'insertion de ces muscles, destruction du canal et luxation du nerf. Douleur, parésie et troubles trophiques dans la région d'innervation cubitale. Crise douloureuse à chaque effort de flexion, la luxation se reproduit souvent jusqu'à l'intervention chirurgicale qui a restauré le canal épitrochléen. La sensibilité reparaît la première, la mobilité ensuite et en dernier lieu les fonctions trophiques se rétablissent. Ce cas comme les 40 réunis par Druard prouve l'origine traumatique indirecte de cette lésion. F. B.

Un cas de squirrhe de la valvule iléo-cæcale; par Axel Cedercreutz.

Après avoir énuméré 28 cas connus de rétrécissements non ulcérés de la valvule iléo-cæcale par cause cicatricielle, tuberculeuse ou carcinomateuse, l'auteur rapporte le fait suivant, dû au service du docteur Hj. v. Bonsdorff.

Une femme de 43 ans, dont la mère est morte de cancer de l'estomac, sentit il y a 18 ans, à la suite d'un effort, des dou-

leurs vagues dans le côté droit du ventre. Les douleurs ont persisté quelque temps. Quatre ans plus tard la malade eut des attaques de douleurs vives du ventre, des vomissements et de la diarrhée alternant avec de la constipation. L'état dura, avec des rémissions temporaires, pendant 13 ans. Quelquefois la malade a observé des petites quantités de sang et de glaires dans les selles. Il y a cinq mois un médecin a constaté une tumeur dans la fosse iliaque droite; avant il n'avait rien observé.

Quant la malade le 7 septembre 1897 fut reçue à l'hôpital, on pouvait sentir dans la région iléo-cæcale une tumeur oblongue et mobile Le 27 septembre 1897, opération (le Dr Hj. v. Bonsdorff). Résection de la partie inférieure de l'iléum et du cæcum. Le 25 octobre la malade sort guérie de l'hôpital.

La partie réséquée de l'intestin montrait un rétrécissement circulaire de la valvule iléo-cæcale. L'intestin était à peine perméable pour le bout gonflé d'une pince hémostatique. La muqueuse paraissait intacte.

Diagnose microscopique (le Pr E.-A. Homen) : Squirrhe de la valvule iléo-cæcale. Au mois de mai 1899, la malade se portait parfaitement bien, avait augmenté de 8 kilog. et on ne pouvait constater aucune trace de récidive. L'auteur discute les symptômes que présentait la malade et émet la possibilité qu'ils pourraient être appelés à l'appui de l'opinion, prononcée par Ziegler, voire que les squirrhes de l'intestin résulteraient d'évolution fibreuse des carcinomes à consistance molle. La malade avait eu des troubles accusant une sténose intestinale pendant quelques années (18 ?), mais la tumeur n'a été palpable que 5 mois avant l'opération. Quant au diagnostic des rétrécissements de la valvule iléo-cæcale, l'auteur fait valoir qu'il ne pouvait être porté avant l'examen microscopique de la pièce réséquée. (*Finska Lakaresallsokapets Handlingar*, Band XLI, juin 1899, p. LXXI.)

Kyste du conduit hépatique et du conduit cholédoque; par J. Nicolaysen.

M. le professeur et docteur en médecine J. Nicolaysen (à Christiania) décrit la présence d'un grand kyste chez une fillette de 8 ans, développé dans le conduit cystique et le conduit cholédoque et contenant environ 1.500 grammes de liquide d'une couleur bilieuse. Une année auparavant, ictère qui dura 3 mois, passé lesquels la malade fréquenta l'école jusqu'à trois jours avant son entrée à l'hôpital de l'Etat. Elle souffrait vers les derniers temps d'une faible tension de la partie supérieure de l'abdomen, où l'on pouvait palper, quelque peu à droite, un kyste lisse, de 17 cent. de longueur sur 15 de largeur. Il descendait environ trois doigts au-dessous du nombril. Ictère léger, urine d'un brun jaune, excréments de couleur grisâtre. Elle n'avait jamais ressenti de douleurs.

Il fut d'abord pratiqué une petite incision abdominale avec introduction d'un tampon dans le but de faire paraître les adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale. La ponction fut entreprise 6 jours après, et le kyste fut attaché à la paroi abdominale. La petite malade mourut le jour suivant, probablement par intoxication chloroformique, car il fut impossible de découvrir d'autres causes à l'issue léthale.

L'autopsie démontra que le kyste était formé de la totalité du conduit hépatique et de la majeure partie du conduit cholédoque. La vésicule biliaire, petite, mobile, était en communication avec la partie supérieure du kyste. Ni pierre, ni tumeur pouvant expliquer la dilatation. Elle s'était, par conséquent, formée, selon toute présomption, pendant la vie fœtale ou immédiatement après. (*Nordiskt Médicinskt Arkiv*, Band X, Häft 3, a. 1899.)

Expressions a utiliser. — *Habitudinaires*, mot employé dans un article sur l'alcoolisme par la *Revue médicale de Louvain*. — *Bienfaités*, mot employé par Volney, chap. x de la *Loi naturelle*. (*B.*)

L'Esprit des autres. — « Le succès réussit. » (P.)

VARIA

L'histoire du redressement des gibbosités.

Dans une étude historique et critique sur le *traitement curatif de la gibbosité pottique* (1), MM. les Drs H. de Rothschild et Ducroquet rappellent qu'Hippocrate, Ambroise Paré et Gilbert d'Hercourt avaient déjà tenté cette méthode de traitement. Dans le *Progrès médical* du 18 décembre 1897, nous avions nous-même publié une curieuse observation relatée dans un recueil de 1769 où il est dit que le chancelier de l'Université de Montpellier, Rauchin, redressa avec succès la gibbosité de Madame de Montmorency au moyen d'un cric. La *Grèce médicale* de juin 1899 publie sur le même sujet une très intéressante communication du Dr H. Pistis, du Caire. M. H. Pistis reproduit six gravures empruntées au Testament d'Avicenne traduit par M. de Backer et communiqué à la *Société médicale du Caire*. Ce Testament est un in-folio annoté d'arabe. (*Avicenna. — Abou Ali el Hossein ebu Abdullah ebu Sina* 980-1037 *p. J.-C. Liber canonis médicinæ à Venetii*, 1562, *pag.* 480, *cap.* 22, « *De cura Gibbositalis* ».) Les fac-simile des six gravures sont des plus intéressants. Dans la figure 1 le patient est couché à plat ventre ; l'opérateur à genoux presse sur la gibbosité de ses deux poings fermés et tente ainsi d'en opérer le redressement. Dans la figure 2, le patient est toujours dans la même posture, mais l'opérateur debout, les pieds posés sur la colonne vertébrale, appuie de tout le poids de son corps. La figure 3 montre le même chirurgien opérant au moyen d'une masse assez analogue à la « demoiselle » qui de nos jours sert à enfoncer les pavés. Jusqu'ici le manuel opératoire est primitif et simple. Mais dans la figure 4, il se complique singulièrement. Le patient est couché sur le flanc, des bandages ont été passés sous les aisselles, au dessus des hanches, aux genoux et aux chevilles, des lacs partent d'une part du bandage fixé sous les aisselles, d'autre part des autres bandages et sont fixés du côté de la tête et du côté des pieds à des leviers en bois que redressent des aides vigoureux ; l'opérateur à genoux, la main droite sur la gibbosité, paraît en aider et en surveiller le redressement. L'appareil de la figure 5 est analogue, mais un treuil remplace de chaque côté le levier trop primitif, et l'opérateur dirige toujours l'opération, ses deux mains appuyées sur la déviation vertébrale. Enfin, dans la figure 6, une planche rigide fixée à une charnière à l'extrémité de laquelle presse de tout son poids le chirurgien accroupi, aplatit le malheureux patient toujours couché à plat ventre, en appuyant sur la gibbosité.

Comme le fait remarquer le Dr H. Pistis après ces constatations, les revendications de priorité longues et fatigantes qui eurent lieu à la séance du 20 octobre 1897 au congrès de Chirurgie deviennent plaisantes, et nous ne saurions mieux faire pour conclure que citer avec lui les paroles de l'érudit professeur Anagnostakis (d'Athènes) : « Les inventeurs devraient avant tout découvrir si leur invention n'a déjà pas un autre inventeur. » J. Noir.

Le cerveau de Vacher.

Dans une de ses récentes causeries (13 mai 1899), la *Revue scientifique* a confirmé les applications de l'école anthropologique criminelle dans le cas Vacher, où les experts ont été entraînés dans une fausse route parce qu'ils ont voulu, comme les juges, étudier le crime plus que le criminel chez lequel l'impulsivité, l'intermittence, les amnésies, le symbolisme dans l'écriture, l'étrange agilité musculaire auraient suffi, quoi qu'on eût oublié d'étudier la sensibilité, le champ visuel, l'urine, la thermométrie, à démontrer le fond épileptique. Ce qui est certain, c'est qu'ayant pu, grâce à l'obligeance de MM. Toulouse et Marcroff, examiner, avec l'aide de MM. Roncoroni et Bovero, l'empreinte des circonvolutions et leur histologie, j'ai trouvé tous les caractères de l'épileptique et du criminel-né dans le cerveau de Vacher.

Dans les deux hémisphères, surtout à gauche, communication de la scissure rolandique avec la scissure de Sylvius : à droite cette dernière communique avec la scissure post-rolan-

(1) *Progrès médical* du 8 octobre 1898.

dique, à gauche la branche postérieure de la scissure sylvienne rejoint en haut la branche pariétale ascendante à plusieurs sillons anormaux; la scissure de Rolando se termine en haut par une bifurcation des deux côtés; à gauche la scissure interpariétale ne communique pas avec le sillon post-rolandique; elle est interrompue par des plis nombreux. L'examen histologique par la méthode de Nissl, d'un petit fragment du lobe frontal, nous a montré l'atrophie des deux couches granuleuses, l'agrandissement ainsi que la grande rareté des cellules pyramidales, l'existence d'une certaine quantité de cellules nerveuses dans la substance blanche.

Ce sont là des caractères que M. Roncoroni a démontré être particuliers aux épileptiques et aux criminels-nés.

(*Revue scientifique* du 8 juillet.) LOMBROSO.

A propos du cimetière des chiens.

S'il faut en croire l'*Ami des Chiens* (juillet 1899), la loi interdit de jeter à l'eau ou à la voirie les cadavres des animaux et ordonne de les enfouir. Il faut croire que la loi n'est guère respectée à Paris, si l'on en juge par le nombre des cadavres de chiens qui flottent sur la Seine et par ceux qui se putréfient en toute tranquillité dans les parties non couvertes de la Bièvre, notamment entre les boulevards Arago et de Port-Royal. Les amis des chiens, et Dieu sait s'ils sont nombreux et tendres, songent à assurer un dernier asile aux corps des animaux qui leur montrèrent souvent plus d'attachement et plus de fidélité que leurs amis humains, et déjà les murs sont couverts des affiches de la souscription destinée à l'achat d'un cimetière de chiens dans l'île des Ravageurs. Nous laisserons le côté sentimental de l'œuvre, pour ne considérer que le côté hygiénique que les organisateurs de la souscription n'ont pas omis comme argument important de l'utilité de leur projet. Mais, en 1899, la création d'un cimetière de chiens n'est-elle pas une innovation routinière? Pourquoi ne pas avoir recours à la crémation? L'appareil ne serait guère coûteux, il n'y aurait plus besoin de la vaste étendue de l'île des Ravageurs, chacun pourrait, après l'incinération, emporter les cendres de son ami à quatre pattes; les Canons de l'Eglise n'y mettraient aucun obstacle, et l'hygiène, croyez-le bien, *Ami des Chiens*, y trouverait aussi son compte. J. NOIR.

La psychologie des foules.

M. Edmond Haraucourt, dans une nouvelle publiée dans le *Journal*, établit le curieux parallèle entre l'assemblée et la foule :

« — Monsieur, dit le vieillard, il n'y a point d'éloquence dans une assemblée. Je sursautai. Il m'invita, du geste, à me calmer, et poursuivit : Au moment précis où l'éloquence s'y manifeste, une assemblée devient une foule. L'étonnement arrondissait mes yeux. Je balbutiai : — Une assemblée peut donc devenir une foule? — Dès qu'elle se lève. Une assemblée est assise; une foule est debout. — Je croyais... — Qu'une foule est dans la rue, une assemblée dans l'enceinte? Que celle-là porte la blouse et celle-ci la redingote? Que « l'habit fait le moine », que le local fait les vertus, que le cadre fait les âmes? Non, monsieur, pas à ce point. J'étais las d'entendre affirmer et je voulais affirmer à mon tour. Je répondis avec netteté : — La foule et l'assemblée sont deux animaux tout à fait différents. — Totalement, mais c'est par leurs facultés qu'ils diffèrent; or, comme ces facultés sont latentes en tout homme, vous pouvez, par la réunion des hommes, obtenir l'assemblée ou la foule, selon que vous exciterez en eux tel ou tel des éléments psychiques qui constituent la foule ou l'assemblée. »

L'hôpital il y a deux siècles.

Nous empruntons au journal belge « *La Clinique* » les très intéressants renseignements qu'il a puisés dans la thèse du Dr G. Cornu sur l'organisation du service médical de l'Hôtel-Dieu de Paris il y a deux siècles et le genre de vie que menaient à cette époque les compagnons chirurgiens, c'est-à-dire les internes et les externes. Les coutumes d'alors, les exigences du service à cinq heures et demie en été et à six heures et demie en hiver, nous rappellent assez fidèlement la vie que menaient, il y a à peine quinze ans, les étudiants de certaines écoles de province (Clermont-Ferrand, par exemple). Mêmes recommandations administratives, mêmes exigences pour les pansements, mêmes visites à la chandelle, analogie sur toute la ligne, jusqu'à la boîte aux « vieux emplastres, tantes, plumaceaux et... autres ordures » qui nous laissent à notre époque d'asepsie et d'antisepsie à outrance un gai souvenir de la conservation des traditions médicales en province. Depuis, de jeunes chirurgiens sont survenus, les vieux maîtres sont morts et la vieille école de province a franchi en quelques années le chemin que la science chirurgicale avait mis deux siècles à parcourir. J. N.

Les externes de l'Hôtel-Dieu comprenaient : 1° les pensionnaires ou apprentis du maître chirurgien, attachés à sa personne et secondairement à l'hôpital qu il servait; 2° les externes proprement dits qui, après avoir fait quelque temps de stage chez un chirurgien de la ville, entraient à l'Hôtel-Dieu pour y acquérir plus d'habileté dans leur art, tâcher de parvenir, par rang d'ancienneté, au nombre des douze compagnons logés et nourris dans la maison, et pour tenter, au besoin, d'y gagner la maîtrise après examen et six ans de services assidus.

Quand l'externe était admis à l'Hôtel-Dieu, son premier acte était un don gracieux à ceux qui l'allaient commander et instruire. Il devait, avant de commencer à travailler, offrir au maître-chirurgien et au compagnon gagnant maîtrise deux lancettes neuves pour chacun, et deux aux douze compagnons. Cela, dit le règlement de 1666, au lieu et place de certains festins de bienvenue qui se faisaient ci-devant, lesquels sont absolument défendus. Ces festins de bienvenue, qui jouaient un grand rôle à cette époque, non seulement dans l'hôpital, mais à la Faculté de Médecine, et auxquels le maître-chirurgien ne dédaignait pas de présider, portaient à l'Hôtel-Dieu le nom pittoresque de « Dégraissement de tablier ». Ils furent supprimés en 1662 sur la plainte de compagnons pauvres, lesquels trouvaient suffisamment onéreux de payer pour leur entrée seize lancettes neuves estimées quarante sols la pièce.

Les douze compagnons-chirurgiens logés et nourris à l'Hôtel-Dieu, ou, pour parler le langage actuel, les douze internes, portaient comme marque distinctive le tablier blanc; les externes et pensionnaires du maître-chirurgien en portaient un noir avec cette différence que celui des pensionnaires était noué d'un ruban rouge. Le maître-chirurgien réglait et ordonnait tout ce qui avait rapport au pansement des malades. Le compagnon gagnant maîtrise avait de même autorité sur les autres compagnons qui étaient obligés de lui obéir et de lui porter honneur et respect.

Les douze compagnons-chirurgiens étaient répartis comme il suit : un d'entre eux, pris parmi les quatre plus anciens, visitait, pendant un mois, les malades qui se présentaient à la porte du parvis : un second était préposé à la salle des opérations; sept étaient dans la salle des blessés, savoir, un dans le rang des fractures, et deux pour chacun des trois autres rangs. Le dixième s'occupait de la salle de l'infirmerie, le onzième de la salle Jaune, le dernier de la salle du Légat. Malades, ils étaient remplacés par des externes, suivant le rang d'inscription et d'ancienneté. Les compagnons-chirurgiens, couchés à l'Hôtel-Dieu, et avec quel confortable! (trois lits et une couchette pour neuf en 1657) se levaient à cinq heures du matin en été, à six heures en hiver. Incontinent après s'être habillés, ils s'assemblaient dans l'une de leurs chambres, et se rendaient ensuite aux salles pour commencer les pansements, à cinq heures et demie en été, six heures et demie en hiver.

« Ils devaient faire lesdits pansements avec affection et douceur, regardant dans les pauvres la personne de Jésus-Christ (est-il besoin de dire que tout chirurgien de l'Hôtel-Dieu devait appartenir à la religion catholique, apostolique et romaine?) et outre le dessein d'apprendre leur art, ils avaient encore et principalement celui de se sanctifier dans un emploi qui est de soi-même une œuvre de miséricorde, capable de leur attirer beaucoup de grâces et de bénédictions. Ils ne devaient jamais s'absenter sans congé à l'heure desdits pansements, sous prétexte que les externes et pensionnaires suppléaient à leur défaut, ou d'aller à l'Ecole de Médecine, ou Jardin des simples. Avaient-ils dans leurs lits de grandes plaies ou ulcères péril-

leux, ils avaient soin d'eux-mêmes de les faire voir souvent aux maîtres et de prendre leur avis. Ils distribuaient entre les externes et pensionnaires les moins malades de leurs rangs, s'assuraient de leur travail, les reprenant charitablement et avec douceur. »

Depuis le mois de septembre 1665, il était permis aux six plus anciens, pour leur faciliter les moyens de s'expérimenter dans leur art, d'ouvrir des abcès et de faire des incisions en la présence et de l'avis du maître-chirurgien, mais non autrement, sous peine d'être congédiés.

« Lorsqu'ils panseront les malades, ils seront soigneux, ajoute le Règlement, de jeter dans le dessous de leur appareil, fait exprès pour cela en forme de boëte, les vieux emplastres, tantes, plumaceaux et autres ordures qui ont servy aux malades et qui ne pourront plus être reblanchis, et pour les linges qui pourront l'être encore, ils les jetteront sur le ciel de lit. »

Chacun des externes portait, de même, un petit appareil en forme de boîte ronde, avec un compartiment pour mettre les débris de pansements, qu'ils allaient vider dans l'appareil de leur compagnon ; puis le dernier des externes allait les porter dans les lieux communs, et des peines sévères assuraient l'exécution de cette peu délicate besogne.

Le souper avait lieu à six heures.

Après le souper, chacun des compagnons faisait un tour dans sa salle, visitait les blessés de son rang, examinait s'il n'était point survenu de malades nouveaux ou d'accident aux anciens, et s'il y avait quelque ordre des médecins ou du maître-chirurgien à exécuter à cette heure, y pourvoyait.

Ensuite, avaient lieu, à certains jours, la prière publique, le catéchisme, auxquels ils étaient tenus expressément d'assister. Les autres jours, à huit heures précises du soir en hiver et à neuf en été, ils se retiraient dans leur chambre pour étudier, revenaient quelque temps après faire la prière en commun, puis éteignaient soigneusement leur chandelle, crainte de feu, sans qu'il leur fût permis de veiller à des heures indues sous prétexte d'étude.

Il y avait toujours deux compagnons de garde chaque semaine : c'était d'abord le premier et le dernier par rang d'ancienneté, puis le second et le onzième, et ainsi de suite. Ils avaient pour fonction de saigner tout le long du jour les pauvres qui ne venaient pas pour être couchés ni demeurer dans la maison, observant néanmoins de ne pas saigner les femmes ou filles sans l'ordre d'un des médecins de l'Hôtel-Dieu ou du maître-chirurgien. Comme on le voit, ce fut l'origine des services de consultations dans les hôpitaux.

Pudeur américaine.

Dans la plupart des policliniques gynécologiques où il y a un auditoire d'étudiants, un rideau sépare en deux la table d'examen, de manière à cacher le haut du corps de la consultante : celle-ci de cette manière n'est connue que du professeur et d'un assistant. Il faut, disait le professeur, ménager la pudeur des Américaines.

Il est assez cocasse de voir pour la première fois, et sans être prévenu, s'avancer de dessous ce voile deux jambes longues et amaigries, suivies d'un bassin ordinairement délabré.

Cette progression s'arrête à la ceinture a l'endroit où devaient se trouver les seins. (*Méd. mod.*)

PIQÛRES D'ABEILLES. — L'abbé Nottelet, 71 ans, curé de Villers en-Prayeres (Aisne), possédait depuis longtemps une nombreuse colonie d'abeilles. Ces jours derniers, il procedait à la récolte du miel, sans avoir pris la précaution de mettre un masque. Les abeilles se précipitèrent sur lui et le criblèrent de piqûres ; quelques heures plus tard, on le trouvait etendu sans connaissance auprès de ses ruches. Le malheureux curé est mort le lendemain (*Bonhomme normand* du 20 juillet 1899). Nos lecteurs consulteront avec fruit sur les accidents consécutifs aux piqûres d'abeille et sur leur traitement, la thèse de notre collaborateur, le Dr Du Basty, intitulée : *De la piqûre des hyménoptères porte-aiguillon* (1).

(1) Cette thèse est en vente aux BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL, prix : 1 fr. 25.

FORMULES

VIII. — Contre la carie dentaire. (J. Redier, in *Revue de Stomatologie.*)

Poudre dentifrice alcaline.

Poudre d'iris de Florence. . . .	15 grammes.
Craie lavée.	5 —
Magnésie anglaise.	5 —
Pierre ponce porphyrisée. . . .	5 —
Salol.	2 gr. 50 centigr.
Teinture d'ambre musquée. . .	0 — 50 —
Essence de menthe.	Quelques gouttes.

Elixir dentifrice neutre.

Essence de cannelle de Ceylan. .	0 gr. 25 centigr.
— de girofle.	0 — 25 —
— de menthe.	1 — 50 —
Acide thymique.	0 — 25 —
Saccharine.	0 — 25 —
Alcool à 90°.	100 grammes.
Teinture de ratanhia	2 gr. 50 centigr.

Pansement calmant.

Teinture de benjoin.	4 grammes.
— d'extrait d'opium.	2 —
Chloroforme.	2 —
Créosote pure.	2 —

Pâte antiseptique.

Oxyde de zinc.	4 grammes.
Arrosez avec :	
Essence de cannelle de Ceylan. . . .	1 —
— de girofle.	1 —
de menthe.	2 —
Acide thymique.	1 —
Alcool à 90°.	10 —

Solution antiseptique.

Formol du commerce (à 40 0/0). . . .	10 grammes.
Alcool à 90°.	30 —
Essence de géranium.	1 —

Ne jamais employer les préparations au formol dans les cas où la pulpe existe, sous peine de provoquer de violentes douleurs. (J. Redier.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 16 juillet au samedi 22 juillet 1899, les naissances ont été au nombre de 1158, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 415, illégitimes, 189. Total, 604. — *Sexe féminin* : légitimes, 398, illégitimes 156. Total. 554.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511 629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 16 juillet au samedi 22 juillet 1899, les décès ont été au nombre de 1007, savoir : 527 hommes et 430 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 8. T. 16. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 9, F. 14. T. 23. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 2. F. 3, T. 5. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 89. F. 67, T. 156 — Méningite tuberculeuse : M. 17, F. 6, T. 23. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 13. T. 33. — Tumeurs benignes . M. 0, F. 9, T. 9 — Tumeurs malignes : M. 25, F. 29, T. 54. — Meningite simple : M. 8, F. 16, T. 24. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 26, F. 16, T. 42. — Paralysie, M. 7, F. 6, T. 13. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 2, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 17, F. 28, T 45. — Bronchite aiguë : M. 6, F 4. T 10. — Bronchite chronique : M. 4, F. 2, T. 6. — Broncho-pneumonie : M. 15, F. 11, T. 26. — Pneumonie : M 10, F. 8, T. 18. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M 17, F. 15, T. 32. — Gastro-entérite, biberon : M. 73, F. 76, T. 149. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 7, T 10. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 5, F. 6, T. 11. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 2, T. 6. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Débilité congénitale, M. 16, F. 10, T. 26. — Sénilité : M. 14, F. 30, T. 44. — Suicides : M 14, F. 4, T. 18. — Autres morts violentes : M. 19, F. 4, T. 23. — Autres causes de mort : M. 87, F. 70, T. 157. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 2, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 74, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 12. Total : 34. — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 8. Total : 40.

COURS LIBRE D'OPHTALMOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de l'Université de Paris a autorisé notre distingué ami et collaborateur, le Dr Edmond KOENIG, à ouvrir à la Faculté de Médecine un cours libre d'ophtalmologie où il traitera de la *Symptomatologie oculaire dans les maladies nerveuses*. — M. le Dr Edmond KOENIG a provisoirement transféré 24, rue des Bernardins, la Clinique des maladies des yeux qu'il avait ouverte 14, rue Monge.

AGRÉGATION EN PHARMACIE. — Sont institués agrégés (Section d'histoire naturelle et de pharmacie) près les Ecoles supérieures de pharmacie des Universités ci-après désignées : *Paris*. MM. Coutière, Histoire naturelle; Perrot, Histoire naturelle; Grimbert, Pharmacie. — *Nancy*. MM. Grélot, Histoire naturelle, Favrel, Pharmacie. — Les agrégés entreront en exercice le 1er nov. 1899, pour une durée de dix ans.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira le 8 janvier 1900, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Tours. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 2 avril 1900, devant l'Ecole supérieure de Pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Rouen. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

HOSPICES DE NIMES. — *Concours pour les places d'élèves internes à l'Hôpital civil et militaires.* — Il sera ouvert le mercredi 8 novembre prochain, devant la Commission administrative des Hospices, assistée de MM. les Médecins et Chirurgiens en chef, un concours pour des places d'élèves internes. Les candidats devront déposer avant le 31 octobre au Secrétariat des Hospices, rue Rufin, 11, leur demande accompagnée du bordereau de leurs inscriptions, d'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré récemment par le Maire de leur résidence et d'un certificat de régularité d'études et de bonne conduite émanant d'un doyen d'une Faculté ou d'un professeur d'une école publique de Médecine, et contenant la mention des notes obtenues aux différents examens. Ils devront avoir acquis au moins douze inscriptions de doctorat, ancien régime, ou huit inscriptions nouveau régime. Les candidats reconnus par la Commission admissible à concourir en seront individuellement prévenus avant l'époque du Concours.

Le concours comprendra : 1° *Epreuve écrite* : Une question de médecine et une question de chirurgie (Un délai de quatre heures sera accordé pour la rédaction). 2° *Epreuve orale* : 1° Une question d'anatomie à développer après cinq minutes de réflexion; 2° Question orale de médecine et chirurgie pratique appliquée au service de garde, à développer après dix minutes de réflexion.

Les candidats qui auront subi les épreuves avec succès seront classés et désignés suivant leur ordre de classement pour remplir les places vacantes et celles qui le deviendront.

Deux places seront disponibles le 1er janvier 1900 : Les élèves internes sont logés, chauffés et éclairés par les Hospices. Ils reçoivent un traitement de 250 francs la première et de 300 francs la deuxième année, en outre une indemnité mensuelle de nourriture de 64 francs, l'interne de garde étant nourri à l'hôpital dans les conditions du règlement. Les élèves externes sont chargés à tour de rôle des fonctions de répétiteur du Cours d'accouchement. Une indemnité de 100 francs par an est allouée à ce répétiteur par le Conseil général du Gard. La durée de l'internat est de deux ans. Les élèves sont tenus à se conformer à toutes les dispositions du règlement sur le service de santé et aux modifications qui pourront y être apportées par la Commission.

DUEL MORTEL ENTRE INTERNES. — Deux internes de l'hôpital Pèlegrin, à Bordeaux, M. Vergely, âgé de vingt-quatre ans, fils du Dr Vergely, professeur à la Faculté de Médecine, et M. D. Constantin, à peine plus âgé, fils d'un courtier en immeubles, étaient depuis quelques semaines en fort mauvais termes. Avant-hier, un duel fut décidé. Les deux jeunes gens se sont battus hier matin, près du haras de Beau-Désert, à Mérignac. L'arme choisie était le pistolet de combat; deux balles devaient être échangées à vingt-cinq pas, au commandement. Les deux adversaires tirèrent en même temps. M. Constantin eut l'artère fémorale atteinte et la vessie traversée. Transporté à l'hospice Pèlegrin, il est mort quatre heures et demie après entre les bras de son père qui avait été immédiatement appelé. Les deux adversaires s'étaient serré la main après le duel. (*Le Temps* du 23 juillet 1899.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr E. MATHIEU (de Thui le-Moutier, Ardennes) à l'âge de 78 ans. M. E. Mathieu était le père de M. le Dr Alb. Mathieu, le distingué médecin des hôpitaux de Paris, et le beau-frère de M. le Dr Pamart, auxquels le *Progrès médical* adresse ses condoléances les plus sincères. — M. le Dr SENAC (de Cours). — M. le Dr MALLET (d'Olby). — M. le Dr PELTIER (de Paris). — M. le Dr SINATI, professeur à Pise. — M. Paul MOQUERY, étudiant à Dijon.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Souscription pour l'érection du monument du Dr O. Du Mesnil.

Le comité composé de MM. Nocard, de l'Académie de Médecine; Tardu, conseiller d'arrondissement de Créteil, R. Renoult, avocat, J. Albert, conseiller municipal de Créteil, le Dr Duclos, rappelle que la souscription pour l'érection d'un monument à la mémoire du Dr O. Du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène de France, ancien maire de Créteil, etc., est ouverte et sera close le 15 août. Prière d'adresser les souscriptions à M. le Dr Duclos, 17, rue d'Odessa, à Paris.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 31. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 5 AOUT 1899.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Les consultations de nourrissons;

Par Pierre BUDIN (1).

En juillet 1893 (2), nous avons appelé l'attention de l'Académie sur une consultation hebdomadaire de nourrissons que nous avions créée, l'année précédente, dans notre service de la Charité, avec l'autorisation de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique. Nous désirons vous rappeler aujourd'hui en quoi consiste cette consultation, vous donner les résultats que nous avons obtenus et vous signaler l'établissement de consultations analogues qui ont été organisées à Paris et en province.

Chaque semaine, les femmes qui sont accouchées dans notre service et qui élèvent chez elles leur enfant, nous l'apportent le vendredi matin. Cet enfant est examiné et pesé. Sur un registre spécial nous inscrivons son poids et les renseignements qui le concernent; nous pouvons de la sorte établir facilement sa courbe.

C'est l'allaitement au sein que nous encourageons de toutes nos forces et nous utilisons tout le lait que la mère est capable de fournir; nous avons vu quelques femmes qui, médiocres laitières au début, devenaient plus tard d'excellentes nourrices.

Dans le cas où l'allaitement au sein est manifestement insuffisant, nous prescrivons une quantité variable de lait stérilisé que la mère vient ou envoie chercher chaque matin. Parfois même, la femme n'ayant pas de lait du tout, ou, après en avoir eu, n'en ayant plus, son enfant ne boit que du lait stérilisé. Nous remettons de plus à la mère une fiche en carton sur laquelle nous inscrivons le numéro du registre, la date de la naissance de l'enfant, son poids hebdomadaire, le mode d'allaitement auquel il est soumis et la quantité de lait qui doit lui être distribuée. Lorsque nous le jugeons nécessaire, l'enfant nous est ramené dans le cours de la semaine.

Au lieu d'abandonner à elles-mêmes des mères désireuses de bien faire, mais ignorantes et pauvres, il nous semble préférable de les surveiller, de les diriger, de les aider. « Cette consultation, a écrit un de nos élèves, devient une véritable Ecole de mères, car, si l'on soigne les bébés, on conseille aussi les mamans, leur donnant une ligne de conduite pour le présent et pour l'avenir (1). »

La consultation de nourrissons créée à la Charité en 1892 y a été conservée et elle est dirigée actuellement par le Dr Maygrier; nous en avons organisé une autre à la Maternité, qui est continuée par notre collègue le Dr Porak. Celle que, en mars 1898, nous avons intallée à la Clinique Tarnier comprenait le 9 juin dernier 79 enfants.

Parmi eux, 48 étaient nourris au sein	48
14 nourris au sein d'abord étaient à l'allaitement mixte, leurs mères n'ayant pas assez de lait;	
4 avaient été mis d'emblée à l'allaitement mixte;	
9 qui avaient été élevés au sein ou à l'allaitement mixte recevaient à cette date l'allaitement artificiel ou étaient sevrés, car nous conservons les enfants jusqu'à l'âge de 2 ans.	
Cela fait un total de 27 enfants pour lesquels on avait utilisé tout le lait que leur mère avait été capable de fournir . .	27
Enfin 4 enfants avaient reçu d'emblée l'allaitement artificiel.	4
Total.	79

Il s'agissait pour ces derniers de bébés qui, nés chez nous, avaient d'abord été confiés à des nourrices mercenaires; les mères les trouvant en très mauvais état les avaient repris et nous les avaient amenés. Il est très rare que nous soyons obligé de mettre d'emblée les enfants à l'allaitement artificiel.

Sur le tracé ci-joint (voir *Fig.* 8), on voit que par conséquent, au commencement de juin :

60 0/0 des enfants de notre consultation étaient allaités au sein;

34 0/0 avaient pris dans le sein de leur mère tout ce qu'il était capable de produire;

6 0/0 avaient été mis à l'allaitement artificiel, par

(1) Communication faite à l'Académie de Médecine le 25 juillet 1899.

(2) Budin et Chavane. — *De l'emploi pour les nourrissons de lait stérilisé à 100° au bain-marie. Allaitement mixte. Allaitement artificiel. Bulletin de l'Académie de Médecine*, 25 juillet 1893.

(1) Henri de Rothschild.— Allaitement mixte et allaitement artificiel, Paris 1898, page 206.

suite des conditions dans lesquelles ils avaient été amenés.

Donc, à notre consultation, nous encourageons surtout l'allaitement au sein que nous dirigeons de notre mieux par une surveillance continue et par des conseils donnés aux mères; celles qui nourrissent exclusivement au sein sont bientôt autorisées, lorsque l'enfant va bien, à ne le présenter que tous les quinze jours; les autres doivent venir exactement chaque semaine.

Pendant les premières années, les mères qui nourrissaient au sein voyant leur enfant se bien porter, cessaient au bout de quelque temps de se rendre à notre

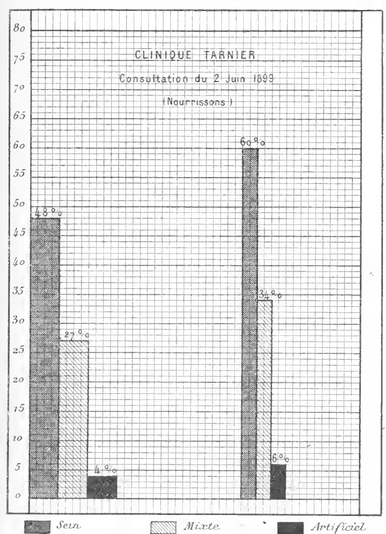


Fig. 8. — Nombre des enfants qui suivaient la consultation de nourrissons de la Clinique Tarnier au commencement de juin 1899. A gauche de la figure, nombre total des enfants au sein, à l'allaitement mixte, à l'allaitement artificiel; à droite, proportion pour cent.

consultation; nous avions donc surtout, la suivant pendant longtemps, les enfants auxquels nous donnions du lait stérilisé parce qu'ils étaient à l'allaitement mixte ou artificiel; aujourd'hui les mères comprennent mieux les bénéfices qu'elles recueillent d'une direction médicale, de là le grand nombre de femmes qui, bien que donnant exclusivement le sein, nous apportent régulièrement leur enfant.

Le lait de vache que nous distribuons, quand cela est nécessaire, est contenu dans de petites bouteilles que nous stérilisons au bain-marie. Dans chaque bouteille il n'y a que la quantité de lait nécessaire pour une tétée, nous évitons de la sorte la suralimentation et aucun flacon ouvert ne doit rester en vidange.

Dans ces conditions le litre de lait, payé par l'Administration de l'Assistance publique de 20 à 21 centimes, nous revient, tous frais comptés, au prix de 35 centimes environ. En supposant que nous donnions chaque jour de 18 à 20 litres de lait stérilisé, notre dépense serait à la fin de l'année de 2.500 francs à peu près. C'est avec cette somme, relativement peu considérable, que nous subvenons aux frais d'une consultation qui, au commencement du mois de juin, comprenait 79 enfants.

Quels résultats avons-nous obtenus au point de vue de la santé générale des enfants et au point de vue de leur mortalité?

En ce qui concerne la santé générale de nos nourrissons, grâce à la direction de l'alimentation nous n'avons eu l'occasion d'observer ni le rachitisme, ni la prétendue dyspepsie du lait pur, ni le gros ventre flasque, ni le scorbut. Deux fois, depuis 1892, nous avons vu des enfants atteints d'eczéma, c'étaient des enfants nourris exclusivement au sein; un régime plus strict imposé à leur mère a permis d'obtenir leur guérison. Au point de vue de la mortalité, nous avons déjà publié nos résultats à plusieurs reprises, de concert avec M. le Dr Chavane qui, depuis le début, nous a toujours assisté et nous a remplacé pendant les mois de vacances. Si, pour avoir un terme de comparaison, on relève les statistiques officielles, on voit que d'après le Dr Jacques Bertillon, la mortalité des enfants de 0 à 1 an, demeurés à Paris, a été entre 1886 et 1890 de 21 0/0. Plus récemment, en 1898, il y a eu à Paris 59.112 naissances; pendant la même année 7.089 enfants, restés dans la capitale, y ont succombé, de 0 à 1 an, ce qui fait une mortalité totale de 12 0/0.

De ces enfants morts, 3.200 ont été emportés par la diarrhée :

606 étaient élevés au sein; 2.262 étaient nourris au biberon; pour 333 le mode d'allaitement était inconnu.

Parmi les causes de mort, la diarrhée a donc sévi, en 1898, dans les proportions de 45 0/0. Or, depuis que nous avons commencé notre consultation, c'est-à-dire depuis 1892, jusqu'au commencement de juin 1899, en ne comptant que les enfants que nous avons surveillés pendant un mois au moins et deux années au plus, nous en avons suivi 435 :

238 ont été nourris exclusivement nourris au sein;

197 ont eu l'allaitement mixte ou l'allaitement artificiel.

Sur ces 435 enfants, 32 ont succombé, ce qui fait une mortalité générale de 7,3 0/0. Voici les causes de mort :

Broncho-pneumonie . . . . (dont cinq consécutives à la rougeole et une à la coqueluche).	10
Tuberculose pulmonaire	1
Méningite.	1
Adénite cervicale suppurée.	1
Péritonite subaiguë	1
Convulsions, sans autre désignation du médecin traitant, maladie courte n'ayant duré que quelques heures, diagnostic incertain.	5
Diphtérie.	1
Syphilis congénitale	3
Variole, dont une variole hémorragique.	2
Choléra infantile.	1
Total.	32

Dans ce dernier cas, il s'agit d'un enfant S... inscrit sous le n° 881. Il était nourri au sein. Sa mère l'ayant mis dans une crèche de la ville où il recevait du mauvais lait, il eut à plusieurs reprises de la diarrhée. Malgré notre défense, la mère le reconduisit à la crèche; il y passa la journée du 24 avril 1897, y reçut du lait,

fut pris de choléra infantile et mourut le 25 avril, le lendemain.

On pourrait presque dire que ce fait a toute la valeur d'une expérience, car en dehors de lui, aucun de nos enfants n'a, que nous sachions, succombé à la diarrhée ou au choléra infantile.

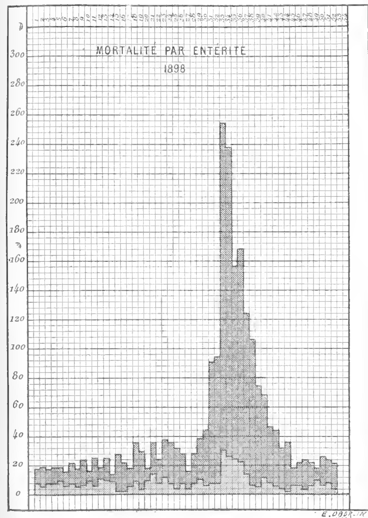


Fig. 9. — Courbe de la mortalité par diarrhée infantile à Paris, chez les enfants de 0 à 1 an, pendant l'année 1898. En bas, courbe de la mortalité des enfants nourris au sein; au-dessus, courbe de la mortalité des enfants élevés au sein.

L'an dernier, en 1898, des chaleurs très fortes ont régné pendant les mois d'été; il nous a paru intéressant de comparer ce qui, à cette époque, s'était passé dans Paris et à notre consultation de nourrissons. Nous avons fait établir, sur le tableau ci-joint, la mortalité hebdomadaire par diarrhée, en 1898, des enfants de 0 à 1 an; en bas se trouve la mortalité des enfants nourris au sein; au-dessus la mortalité de ceux élevés au biberon. La superposition de ces deux lignes donnerait la mortalité totale par diarrhée (voir *Fig.* 9).

Dans la trente et unième semaine, du 31 juillet au 6 août, il y a eu 98 enfants morts, dont 90 nourris au biberon.

Dans la trente-deuxième semaine, du 7 au 13 août, il y a eu 102 enfants morts, dont 94 nourris au biberon.

Dans la trente-troisième semaine, du 14 au 21 août, il y a eu 285 enfants morts, dont 254 nourris au biberon.

Dans la trente-quatrième semaine, du 21 au 27 août, il y a eu 265 enfants morts, dont 239 nourris au biberon.

Dans la trente-cinquième semaine, du 28 août au 3 septembre, il y a eu 181 enfants morts, dont 156 nourris au biberon.

Dans la trente-sixième semaine, du 5 au 10 septembre, il y a eu 191 enfants morts, dont 168 nourris au biberon.

Dans la trente-septième semaine, du 11 au 17 septembre, il y a eu 138 enfants morts, dont 124 nourris au biberon.

On voit que la mortalité du 7 août au 3 septembre a été épouvantable, puisque dans ces quatre semaines 833 enfants sont morts de diarrhée; en deux semaines même, du 14 au 27 août, 550 enfants ont succombé, dont 493 élevés au biberon. Sur la courbe, cette ascension brusque de la mortalité rappelle l'aspect de la tour Eiffel.

Que ne dirait-on pas, quelles mesures ne prendrait-on pas si une épidémie quelconque venait à déterminer à Paris, en deux semaines, la mort de 550 adultes? Pendant cet été de 1898, que s'est-il passé à notre consultation de nourrissons? M. le Dr Chavane a fait le relevé minutieux des enfants qui s'y trouvaient durant les quatre mois de juin, juillet, août et septembre, relevé qui a été publié dans la thèse de Mme Chaternikoff (1).

53 enfants (allaitement au sein 19, allaitement mixte ou artificiel 34) ont alors suivi régulièrement la consultation; 12 ont été atteints par des troubles digestifs: chez 9 ils ont été légers, chez 3 ils ont été sérieux. La morbidité par troubles digestifs a été par conséquent de 22 0/0.

Aucun enfant n'a succombé, il n'y a donc pas eu de mortalité.

Le lait distribué était le lait pur, stérilisé dans notre service.

Du reste l'usage du lait stérilisé dans les crèches avait déjà donné d'excellents résultats.

M. le Dr Drapier, à la crèche Hippolyte Noiret (de Rethel), avait vu la mortalité qui était de 13 0/0 en 1893 tomber, grâce à l'usage du lait stérilisé, à 5 0/0 en 1894, à 3 0/0 en 1895, à 2,80 0/0 en 1896.

Si on relève les statistiques de quatre crèches de Paris (2) dans lesquelles l'usage du lait stérilisé a été sérieusement surveillé pendant les quatre mois d'été de 1898, on a le tableau suivant:

Nom de la crèche.	Nom du médecin.	Total des enfants.	Entérite simple.	Diarrhée cholériforme.	Décès.
Furtado-Heine. . . .	Dr Laborde.	140	32	1	0
Rue Gauthey.	Dr Gauchas	24	4	0	0
Sainte-Philomène. .	Dr Belluze.	74	2	0	0
Fénelon-Charles. . .	Dr Bouquet.	44	0	2	0
	Total.	282	38	3	0

Donc, pour 282 enfants observés dans ces quatre crèches, la morbidité totale par entérite a été de 14,5 0/0.

La morbidité totale par diarrhée cholériforme a été de 1 0/0.

Quant à la mortalité, elle a été nulle.

Au-dessous des colonnes si élevées qui indiquent la mortalité des enfants par diarrhée dans Paris pendant les mois de juin, juillet, août et septembre 1898, nous ne pourrions, pour ces crèches comme pour notre consultation de nourrissons, que tracer une ligne droite correspondant à zéro.

Depuis que nous avons, en 1892, créé la première consultation de nourrissons, un certain nombre d'autres

(1) Mme Chaternikoff. — *Contribution à l'étude de l'emploi du lait stérilisé chez les nourrissons.* Thèse de Paris, 1899.

(2) Communication du Dr Gauchas, *in* thèse de Mme Chaternikoff, Paris, 1899.

ont été organisées. M. le Dr Variot, médecin des hôpitaux, qui a fondé le Dispensaire de Belleville, y a annexé, en 1893, une consultation dans laquelle il distribue, à très bon compte, du lait stérilisé du commerce. Dans ses publications et dans celles de ses élèves, M. le Dr Variot a fait voir les excellents résultats qu'il obtenait et les services qu'il rendait à la population de ce quartier pauvre (1).

Notre ancien élève, le Dr Henri de Rothschild (2) a joint, en mars 1896, à son dispensaire de la rue Picpus, dans le faubourg Saint-Antoine, une consultation de nourrissons qui est très suivie. M. le Dr Dubrisay père a fait de même, en 1896, rue Jean-Lantier.

En présence des résultats obtenus, et sur l'initiative de M. Paul Strauss, le Conseil général de la Seine a organisé des consultations analogues dans les Maisons de secours de la Ville de Paris et du Département. Le 1er juin 1895 on en ouvrait une rue du Chemin-Vert et une autre, le 1er avril 1898, rue Ordener. Sous la savante direction de notre collègue le Dr Napias, trois nouvelles consultations viennent d'être créées, le 1er mars 1899, rue Saint-Benoît, rue La Rochefoucauld et rue Gauthey; nous sommes convaincu qu'il ne s'arrêtera pas dans cette voie et qu'il fera de plus tous ses efforts pour accorder à nos collègues Paul Bar, Bonnaire et Boissard, accoucheurs de Saint-Antoine, de Lariboisière et de Tenon, les consultations qu'ils demandent pour leurs services.

Le département de la Seine distribuant des secours d'allaitement aux mères qui nourrissent, il est facile de créer pour ces femmes des consultations dans les différents quartiers. Les enfants y seraient apportés chaque semaine, ils seraient pesés et vus par le médecin qui donnerait des conseils aux mères et qui ferait distribuer aux enfants, quand il en serait besoin, des bouteilles de lait stérilisé et de bonne qualité. Les grands dangers de l'allaitement par du mauvais lait, ceux de la suralimentation et de l'alimentation artificielle prématurée pourraient ainsi être évités.

En province, des consultations de nourrissons s'organisent de tous les côtés. En décembre 1893, la municipalité de Dieppe se préoccupait d'en fonder une. J'ai déjà communiqué à l'Académie (3) les résultats obtenus par le Dr Berlioz (de Grenoble); la municipalité de cette ville lui a, en juillet 1894, accordé les sommes nécessaires pour distribuer, en été, du lait stérilisé aux enfants pauvres.

Le médecin qui a fait le plus en province, est le Dr Dufour (de Fécamp), qui, en juillet 1894, ignorant les tentatives que je viens de rapporter, a créé une consultation de nourrissons sous le vocable heureux et pittoresque de la *Goutte de Lait*.

L'action de la *Goutte de Lait*, dit M. Dufour (4), s'exerce de la façon suivante :

a) En donnant aux mères de famille tous les conseils et encouragements possibles pour les engager à nourrir elles-mêmes leurs enfants au sein. b) Toutes les fois que l'allaitement maternel ne peut être fait complètement et réclame le secours de moyens artificiels, l'Œuvre fournit le lait, de façon que l'enfant reçoive une alimentation mixte. c) Quand il est bien avéré que la mère est dans l'impossibilité physique ou sociale de nourrir son enfant, l'Œuvre se charge de préparer elle-même le lait qui est destiné à ce dernier, afin d'éviter les fautes commises trop souvent dans cette préparation et aussi afin d'assurer à l'enfant un lait de bonne qualité.

Tous les enfants du premier âge de la ville de Fécamp sont admis à bénéficier de l'œuvre de la *Goutte de Lait;* ils sont répartis en trois catégories : a) Section gratuite. b) Section demi-payante. c) Section payante. Dans la première sont inscrits les enfants pauvres. Dans la seconde, ceux des ouvriers. Dans la troisième, les enfants des classes bourgeoise et riche. Les enfants de ces sections reçoivent le même lait, préparé de la même manière et distribué dans un matériel semblable.

M. le Dr Dufour ne donne pas aux enfants du lait de vache pur; il lui fait subir quelques modifications destinées à le rapprocher par sa composition du lait de femme. Voici en quoi elles consistent. Le lait est coupé d'un tiers d'eau. On y ajoute, par litre de liquide, 15 à 20 grammes de crème fraîche, 35 grammes de lactose, 1 gramme de chlorure de sodium.

Le lait ainsi modifié est distribué dans des petits flacons en quantités qui correspondent à chaque tétée, puis on le stérilise en le portant pendant trois quarts d'heure à 102° centigrades.

Comme nous, M. le Dr Dufour évite avec soin la suralimentation. Voici comment il s'exprime sur les résultats qu'il a observés :

« En plus de la meilleure résistance aux maladies que retirent nos enfants de notre sévérité dans le rationnement de leur nourriture, nous avons eu constamment l'occasion de vérifier les remarques signalées par M. le Pr Budin. Les enfants non surmenés, non gavés, soit au sein soit au biberon, n'ont jamais ni eczéma, ni gros ventre flasque; ce sont choses inconnues au dispensaire de la *Goutte de Lait*.

« Bien qu'employant le lait humanisé sans jamais dépasser, sauf de très rares exceptions, la dose de 1.200 grammes, nous n'avons jamais d'enfants rachitiques.

Le lait chauffé pendant trois quarts d'heure à 100 ou 102° exclut toute manifestation de tuberculose. Notre lait fraîchement trait, humanisé au siège même de l'Œuvre, consommé chaque jour, ne nous a jamais permis de constater de scorbut infantile, et cela depuis cinq ans. »

Les statistiques de M. Dufour sont extrêmement intéressantes à étudier, car il a pu les comparer à celles de la ville de Fécamp. Le tableau ci-joint en donne le résumé.

Années.	La Goutte de Lait.		Ville de Fécamp.	
	Nombre des enfants.	Mortalité par entérite (0/0).	Nombre des naissances.	Mortalité par entérite (0/0).
1894-1895	33	0	400	6.08
1895-1896	73	6.80	429	18.18
1896-1897	68	3.07	420	9.51
1897-1898	125	2.26	455	12
1898-1899	156	1.28	434	9 67

On voit que, pour les enfants de la *Goutte de Lait*, la mortalité par entérite a été sans cesse en diminuant

(1) Voyez en particulier : Dr Emile Mauchamp, *l'Allaitement artificiel des nourrissons par le lait stérilisé*, thèse de Paris, 1899.

(2) Henri de Rothschild. — *L'Allaitement mixte et l'allaitement artificiel*, un volume de 659 pages, chez Masson, 1898.

(3) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, Paris, 1897, 3e série, XXXVII, p. 685-688.

(4) Dr Dufour (de Fécamp). — *Une* Goutte de Lait *au Havre. La Chronique du foyer*, 1er décembre 1898. p. 378-394.

depuis 1895. De 6.80 0/0 elle est tombée à 1.28 0/0. On ne peut guère tenir compte de l'année 1894-1895 : en effet, si pendant cette période il y a eu 33 enfants qui ont suivi la consultation, cette dernière ayant commencé en juillet, il n'y avait encore que très peu de nourrissons pendant les mois d'été et aucun d'eux n'a succombé.

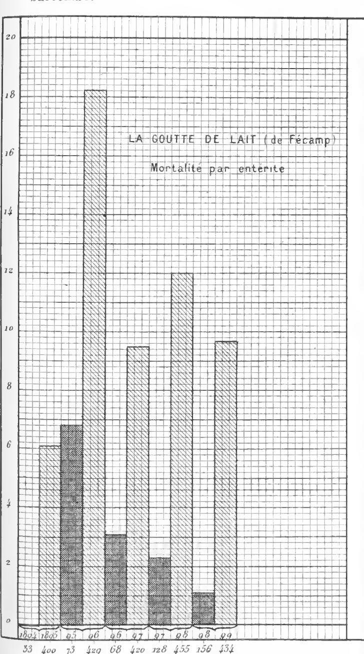


Fig. 10. — Statistique comparée de la mortalité par entérite à l'Œuvre de la *Goutte de Lait* et dans la ville de Fécamp.

La différence entre la mortalité par diarrhée à la *Goutte de Lait* et la mortalité par diarrhée dans la ville de Fécamp, est rendue plus appréciable encore par le tracé ci-dessous (voir *Fig.* 10).

L'accroissement du nombre des enfants qui suivent la *Goutte de Lait* est remarquable, on le voit s'élever de 33 à 156. Parmi eux se trouvent maintenant un certain nombre d'enfants de la troisième section, c'est-à-dire de la section payante. Il en résulte que sur 424 enfants nés à Fécamp, du 1er juillet 1898 au 1er juillet 1899, 156, c'est-à-dire plus du tiers, suivent la consultation de nourrissons. Pour bien montrer les résultats qu'il avait obtenus pendant l'été si dangereux de 1898, M. Dufour a cherché ce qui s'était passé, au mois d'août, dans les autres principales villes de la Seine-Inférieure. Il a noté le nombre d'enfants nés pendant ce mois et il a calculé combien, de 0 à 1 an, étaient morts d'entérite : on a de la sorte le rapport entre les décès et les naissances, c'est-à-dire les pertes subies par la société (voir *Fig.* 11).

A Rouen, la mortalité par entérite a été de				76,6	0/0
A Bolbec,	—	—	—	66,6	—
Au Havre,	—	—	—	51,2	—
A Fécamp,	—	—	—	16	—

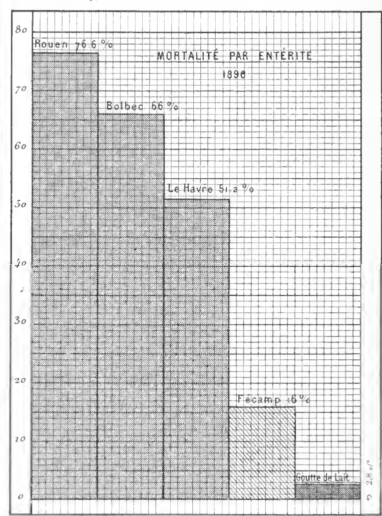


Fig. 11. — Mortalité par diarrhée à la *Goutte de Lait* et dans les principales villes de la Seine-Inférieure en août 1898.

A la *Goutte de Lait*, la mortalité par entérite a été établie, non plus sur les enfants de 0 à 1 an, mais sur ceux de 0 à 2 ans ; non plus pour le mois d'août seulement, mais pour les trois mois de juillet, août et septembre : elle a été de 2,8 0/0.

Ces chiffres, comme ceux obtenus à notre propre consultation, nous semblent pouvoir se passer de commentaires. Aussi, dans différentes villes de France, à Bourg, au Havre, à Nantes, etc., et même dans quelques villes de l'étranger, voit-on s'organiser des *Gouttes de Lait* et des consultations de nourrissons.

Dans la plupart des consultations, il faut bien le reconnaître, c'est surtout à l'allaitement artificiel qu'on a recours ; c'est même lui qui est pratiqué presque exclusivement dans quelques dispensaires de Paris et dans certaines villes de province. Cela tient à ce que les mères ne se présentent qu'après avoir sevré leur enfant :

trop souvent le tube digestif de ce dernier est déjà malade.

Nous nous trouvons personnellement dans des conditions plus favorables. L'Assistance publique ne nous autorise à recevoir à notre consultation que les enfants nés dans notre service : or, toutes les femmes doivent y allaiter leur nouveau-né. Sur la feuille qui se trouve à la tête de leur lit, elles voient chaque jour, avec intérêt, s'élever la courbe fournie par les pesées de leur enfant et elles sortent de l'hôpital très désireuses et capables de nourrir. Nous les encourageons de toutes nos forces à persister dans cette voie ; c'est pourquoi nous constatons que l'allaitement maternel se développe de plus en plus chez nous. Utiliser tout le lait que les mères sont capables de fournir, leur donner les conseils qui leur sont nécessaires, les aider avec du lait stérilisé lorsque la sécrétion mammaire n'est plus suffisante chez elles ou s'est tarie, tel est le but que nous nous efforçons surtout d'atteindre. Il n'en est pas moins vrai que, dans le cas où l'enfant est sevré et dans ceux où la mère ne peut pas ou ne veut pas nourrir, l'allaitement artificiel bien dirigé rend les plus grands services, ainsi que le montrent en particulier, pour ne citer qu'elles, les belles statistiques du Dr Dufour (de Fécamp).

Espérons que les consultations de nourrissons, dirigées par des médecins attentifs et instruits, deviendront de plus en plus nombreuses ; elles permettront de sauver beaucoup d'enfants et de combattre, efficacement et préventivement, l'entérite infantile qui est une des causes les plus sérieuses de la dépopulation.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le cerveau de Vacher et M. Lombroso.

Dans la *Revue scientifique* du 8 juillet, M. Lombroso donne son opinion sur le cerveau de Vacher. Cette opinion a été rapportée dans le dernier numéro du *Progrès médical*. Or, il me semble qu'on ne peut laisser passer sans examen les affirmations du criminaliste italien, qui ne reposent, dans le cas particulier de Vacher, sur aucune base. Malgré le peu de succès qu'ont rencontré ses théories dans de récents Congrès d'anthropologie criminelle, M. Lombroso essaie, et cela se conçoit, de redonner de l'éclat à sa conception célèbre du criminel-né. Mais pour nous persuader, il faudrait qu'il nous offrit des preuves, sinon irréfutables, au moins authentiques. Or, cette dernière qualité fait totalement défaut dans ses assertions sur Vacher.

Je renvoie à la communication de M. Lombroso citée *in extenso* dans le dernier numéro du *Progrès médical*, et j'y relève que « les experts ont été entraînés dans une fausse route parce qu'ils ont voulu, comme les juges, étudier le crime plus que le criminel, etc... » Or, M. Lombroso, qui parait avoir étudié le criminel et ses caractères anatomiques, arrive à des conclusions totalement différentes et écrit : « Ayant pu examiner l'empreinte des circonvolutions et leur histologie, j'ai trouvé tous les caractères de l'épileptique et du criminel-né dans le cerveau de Vacher. » Puis suit l'énumération des caractères anormaux qui l'ont frappé. En premier lieu, je remarque que M. Lombroso n'a jamais vu le cerveau. *Il n'a vu qu'une empreinte.* Or, j'ai eu cette empreinte entre les mains, M. Manouvrier me l'a montrée à plusieurs reprises au laboratoire des Hautes Etudes anthropologiques, de même qu'il l'a montrée à beaucoup d'autres. Eh bien ! je déclare avec tous ceux qui ont examiné ce moulage, qu'il est de toute impossibilité d'y reconnaître, vu sa défectuosité, les caractères énumérés dans la communication de la *Revue scientifique.*

En second lieu, en supposant que M. Lombroso ait pu, à l'encontre de tout le monde, distinguer quelque chose sur le moulage, il me semble que rien ne peut valoir le fait d'avoir vu l'hémisphère gauche lui-même et d'en revoir maintenant encore le dessin exact. Si les circonstances me l'eussent permis (1), j'aurais reproduit ici l'image de l'hémisphère gauche et chacun eût été juge. D'ailleurs il est facile de se reporter à la communication qui vient d'être faite sur Vacher à la *Société d'Anthropologie*, par MM. Laborde et Manouvrier. Les pièces authentiques ont été fournies ; les membres de la Société ont jugé et aucun des caractères relevés par M. Lombroso n'existe ! Que conclure ? Sinon que les preuves apportées n'ont aucune valeur, sinon qu'il est regrettable que M. Lombroso, pour sauver sa théorie du criminel-né, n'étudie plus scrupuleusement les faits.

J'ai trouvé qu'on ne pouvait laisser passer dans des journaux scientifiques sérieux des assertions aussi peu fondées, surtout quand elles tendent à discréditer les juges, les experts et les jurés. C'est ce qui m'a déterminé à revenir une fois de plus sur un cas qui a déjà fatigué la Presse. C'est M. Lombroso qui a commencé, mon excuse est donc bonne ! (2).

G. Paul-Boncour.

Les Congrès médicaux.

Nous sommes à l'époque des Congrès ; le *Congrès français de Médecine interne* ne vient-il pas de s'ouvrir à Lille que l'*Association française pour l'avancement des Sciences* annonce ses assises pour le 14 septembre à Boulogne-sur-Mer. Là, sous la présidence de M. Brouardel, elle inaugurera la statue de Duchenne (de Boulogne) et ouvrira en l'honneur de la mémoire de ce grand savant les travaux de la nouvelle sous-section d'électricité médicale. La région du Nord est favorisée cette année, c'est d'elle que viendra la lumière.

L'ouverture du Congrès de Lille a été plus particulièrement brillante ; la proximité de la Belgique avait attiré beaucoup de nos confrères belges. Au palais Rameau, le Pr Lemoine le 28 juillet lors de la séance d'ouverture a remis la présidence du Congrès au Pr Grasset (de Montpellier), qui, dans un discours merveilleux d'éloquence, d'esprit philosophique et de précision scientifique, a fait un remarquable tableau de l'*Evolution des sciences médicales au* XIXe *siècle*. En termi-

(1) Le cliché n'a pu m'être donné, étant actuellement chez l'imprimeur.

(2) M. Lombroso pourrait prétendre que l'examen histologique suffit pour établir les mobiles du crime conformément à sa théorie. En outre que cela n'empêcherait pas qu'il ait examiné trop superficiellement les faits, plusieurs résultats donnés par des histologistes tendent à affirmer l'intégrité absolue de la substance cérébrale ; mais je ne puis empiéter sur une communication qui sera faite prochainement.

nant le siècle, M. le Pr Grasset a voulu montrer les étapes parcourues par la médecine à notre époque. Ces étapes sont des bonds prodigieux marqués par des hommes de génie et coïncidant avec la création de nouvelles sciences biologiques. A l'anatomie générale qu'inaugurent Barthez et Bichat, succède l'exploration clinique si précise de Laënnec ; l'anatomie pathologique voit le jour avec Cruveilhier, la physiologie expérimentale avec Claude Bernard, Trousseau, Andral, Charcot tirent de toutes ces sciences les conséquences cliniques les plus surprenantes, enfin Pasteur et ses élèves viennent clore encore plus brillamment cette longue suite de progrès. M. Grasset dans sa péroraison a su éloquemment faire justice des calomnies si inutiles et si légèrement émises contre la science moderne par des métaphysiciens dont l'esprit buté en de mystiques spéculations est inapte à en comprendre les merveilleuses conquêtes et à en apprécier les incessants progrès :

« Arrivé au terme de cette revue historique, a terminé l'orateur, je crois pouvoir dire que la science médicale en France n'a pas fait banqueroute au dix-neuvième siècle. Du reste, la science ne peut paraître faillir à ses engagements que quand on a la sotte prétention de la faire sortir de son rôle et quand on oublie notamment que « physique » et « métaphysique » diffèrent par un petit préfixe qui dissimule un fossé.

« Si la magnifique accumulation de faits nouveaux que nous avons signalée met notre siècle au-dessus du précédent et fait sa grandeur, on peut dire que sa vraie caractéristique et son unité viennent de cette belle évolution, documentée et rationnelle, que nous avons caractérisée dès le début, en disant qu'elle a conduit du vitalisme philosophique et synthétique de Barthez et de Bichat au vitalisme expérimental et analytique de Laënnec, Claude Bernard et Pasteur. » J. Noir.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — *Depuis le 28 juillet* M. H. Durand *n'a plus aucune fonction au* Progrès médical. *Il est remplacé par* **M. Aimé ROUZAUD,** *qui est chargé exclusivement des* ANNONCES *et de la partie administrative.*

Service de santé de la Marine. — A été promu, pour prendre rang du 10 juillet 1899, au grade de médecin principal : M. le Dr Ropert, médecin de 1re classe, en remplacement de M. Le Texier, admis à la retraite. — A été nommé dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin principal : M. le Dr Le Texier, médecin principal de la marine en retraite. Il est affecté au port de Brest.

La Lèpre en Allemagne. — Le Dr Bosse, Ministre des Cultes, a inauguré hier les bâtiments de la léproserie construite près de Memel. Tandis que la lèpre a presque complètement disparu dans la plus grande partie de l'Allemagne, elle se manifeste encore assez fréquemment dans la province de Prusse orientale, pour que le Gouvernement ait été obligé de créer cette léproserie. (*Le Temps* du 23 juillet 1899.)

Prix. — *Le College of Physicians* de Philadelphie a institué, en mémoire du Dr W.-F. Jenk, un prix triennal, dont le montant est de 500 dollars (2.500 francs). Le sujet du prochain concours est le suivant : The various manifestations of lithoemia in infancy and childhood, with the etiology and treatment. Les mémoires doivent être écrits en anglais, ou accompagnés d'une traduction anglaise, et adressés, dans les formes usuelles, avant le 1er janvier 1901, au secrétaire, M. Richard C. Norris, M. 8, à Philadelphie (U. S. A.). (*Journal médical de Bruxelles* du 13 juillet 1899.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE.

(5e session tenue a Lille du 28 juillet au 2 aout.)

Le Ve Congrès français de Médecine interne s'est ouvert le 28 juillet à Lille, sous la présidence de M. le Pr Grasset (de Montpellier), assisté de M. le Pr Combemale (de Lille), secrétaire général de la session, dont l'activité a puissamment contribué au succès de ces savantes assises. La question mise à l'ordre du jour était celle des *myocardites*, exposée dans deux rapports dont nous allons donner l'analyse, un sur les *myocardites chroniques* dû à M. Huchard (de Paris), dont personne ne peut contester la haute compétence en pareil sujet, l'autre sur les *myocardites aiguës*, dû à la plume du Pr Renaut (de Lyon).

Des myocardites chroniques.

(Analyse du rapport de M. H. Huchard.)

M. Huchard trouve que les myocardites qui passaient trop facilement inaperçues il y a trente ans, sont à l'heure actuelle des maladies trop fréquentes; on fait abus du diagnostic de myocardite au cours des maladies infectieuses, et souvent les médecins n'ont à faire qu'à des troubles de l'innervation du cœur.

En 1837, Sobernheim introduisait le terme myocardite dans le langage médical, Corvisart et Kreysig signalaient des endurcissements du muscle cardiaque sous les noms de carditis et de cardite polypeuse. A partir de cette époque on décrivit sous ce nom, non seulement les inflammations du muscle cardiaque, mais ses altérations par artériosclérose et, en effet, l'inflammation ne joue pas un grand rôle dans la pathogénie des myocardites chroniques qui mériteraient mieux le nom de *myopathies cardiaques*.

Ces myopathies consistent soit en une artériosclérose du cœur (sclérose dystrophique en foyers), soit en une sclérose interstitielle diffuse, périartérielle, elles comprennent le cœur cardiaque, le cœur sénile, la myocardite segmentaire et la classe innombrable des myocardites secondaires.

La *cardiosclérose* ou dystrophie scléreuse du cœur chez le artérioscléreux est due à des troubles de nutrition causés par une altération antérieure des vaisseaux du cœur. Elle est caractérisée par des foyers scléreux et même nécrosés en rapport avec les lésions du système artériel. Les *scléroses périartérielles diffuses* rayonnantes ne sont caractérisées par le voisinage immmédiat des bandes de scléroses avec les vaisseaux, tandis que dans les précédentes, les foyers scléreux dus à la mauvaise irrigation du muscle cardiaque siégeaient à distance de l'artère aux points où le sang ne se renouvelait plus facilement pour nourrir le muscle cardiaque. Cette sclérose périartérielle se constate dans les hypertrophies du cœur (cœur rénal, cœur veineux par exemple). Enfin, à côté de cette sclérose périartérielle, MM. Bard et Philippe ont découvert une myocardite qui porte sur le tissu interstitiel du cœur et mérite le nom de myocardite interstitielle chronique. Le *cœur cardiaque* s'observe surtout chez les malades atteints depuis de longues années de lésions valvulaires. Le cœur est globuleux, gorgé de sang, dilaté, son tissu conjonctif est œdématié et des foyers scléreux entourent ses vaisseaux. Le *cœur sénile* consiste dans le développement exagéré des faisceaux conjonctifs normaux du muscle cardiaque, elle est à la fois périartérielle et périfasciculaire. La *myocardite segmentaire* est une altération toute différente, elle consiste en une sorte de disparition du ciment qui relie les diverses cellules qui constituent le muscle cardiaque. Cette dissociation des cellules musculaires du cœur s'observe dans les cachexies tuberculeuse, cancéreuse, dans le brigthisme, l'asystolie, le surmenage, etc. Enfin il y a le groupe des *myocardites* secondaires (tuberculose, syphilis, cancer, etc.).

Dans toutes ces affections une lésion constante existe, c'est celle de la cellule du muscle cardiaque qui est primitive, qu'elle soit la sclérose, la nécrose ou la stéatose; la lésion du tissu conjonctif interstitiel est toujours secondaire.

En *clinique*, M. Huchard admet qu'on ne peut classer les

myocardites chroniques en autant de types qu'en anatomie pathologique, il se borne à les diviser en deux groupes : la cardiosclérose et les myocardites chroniques proprement dites.

CARDIOSCLÉROSE. — La cardiosclérose est de causes diathésiques (rhumatisme, goutte, diabète, arthritisme), infectieuses (toutes les fièvres infectieuses, syphilis, quelquefois tuberculose) ou toxiques (alcool, plomb, tabac, alimentation, surmenage, etc.). Elle peut affecter la *forme arythmique* et dans ce cas l'arythmie peut être inconsciente, est rebelle à la digitale et souvent est le seul symptôme perceptible. Dans d'autres cas elle affecte le *type myovalvulaire* qui, par le bruit de souffle dû au mauvais fonctionnement d'une valvule, peut en imposer pour une cardiopathie d'origine rhumatismale. Souvent, à la dernière période de ces affections, un syndrome que M. Huchard désigne sous le nom de *périviscérites*, vient encore rendre le diagnostic plus incertain. Ces périviscérites consistent en l'inflammation simultanée des trois grandes séreuses (péricarde, péritoine et plèvre.) *L'évolution* de la cardiosclérose comprend tout d'abord une période prémonitoire de *présclérose*, dont le principal signe est l'hypertension artérielle, puis survient la période *cardioartérielle* où l'hypertension persiste mais où l'endartérite des vaisseaux de la périphérie, des viscères et du myocarde arrive successivement. Enfin survient la période *mitroartérielle* avec dilatation du cœur et de ses orifices, diminution de la tension et affaiblissement du muscle. L'asystolie, l'urémie, la cachexie artérielle, la rupture d'anévrismes coronaires, les infarctus, les ruptures du cœur, l'œdème aigu du poumon, l'hémorragie ou le ramollissement cérébral, la syncope, l'angine de poitrine, peuvent causer séparément la mort ou concourir à la fin du malade.

MYOCARDITES CHRONIQUES. — Ces myocardites sont, au point de vue clinique, au nombre de trois groupes : 1° Les *myocardites scléreuses hypertrophiques* étudiées par Juhel-Rénoy et Rigal, conséquence de l'alcoolisme, du tabagisme, du rhumatisme, de la goutte et du diabète, donnent lieu aux symptômes suivants : affaiblissement du pouls et des systoles, hypertrophie progressive du cœur, absence ordinaire de toute espèce de souffle. Parfois on observe en outre de la douleur précordiale, des palpitations, de la dyspnée, rarement de l'arythmie, un peu de tachycardie. Il y a tendance à l'asystolie et à la congestion active du poumon ;

2° Les *myocardites interstitielles chroniques* étudiées par Bard et Philippe, sont d'origine toxique ou infectieuse. Au début elles donnent lieu à quelques troubles fonctionnels (gêne des contractions cardiaques, dyspnée légère, douleur précordiale), puis survient la voussure précordiale, l'abaissement de la pointe du cœur, l'arythmie, les souffles valvulaires restent absents et l'asystolie est la terminaison inévitable ;

3° Les *myocardites segmentaires*, étudiées par J. Renaut et Landouzy, ont pour causes les plus fréquentes la sénilité, les intoxications, les infections, le surmenage et toutes les causes de fatigue cardiaque. Les signes les plus fréquents sont l'inégalité et l'arythmie du pouls, l'affaiblissement des contractions et des bruits du cœur, les œdèmes variables, la pâleur, le souffle systolique médiocardiaque.

Outre ces formes de myocardites chroniques, il faut signaler ce que certains auteurs appellent les myocardites granulo-graisseuses qui n'existent pas primitivement et ne peuvent constituer un groupe clinique. Enfin il ne faut pas oublier les fréquents cas de pseudo-myocardites qui sont d'origine nerveuse ou toxique.

THÉRAPEUTIQUE. — La grande indication thérapeutique dans les myocardites chroniques consiste à soulager le cœur dans la besogne qu'il est tenu d'accomplir. Dans la *cardiosclérose*, il faut diminuer les obstacles qui augmentent le travail du cœur, ces obstacles sont à la périphérie. Il faut d'abord combattre l'hypertension artérielle surtout par l'hygiène alimentaire, activer les fonctions des émonctoires et tonifier le muscle cardiaque défaillant. Au début, on aura recours au lait, on supprimera les aliments excitants ou toxiques, on conseillera la gymnastique et le massage. La digitale sera prescrite, la caféine à faible dose et la théobromine seront administrées. On aura recours aux purgatifs salins. On évitera les médicaments capables d'augmenter la tension artérielle (seigle ergoté, belladone, atropine, digitale, caféine à haute dose) et ceux capables de diminuer les urines (antipyrine, atropine, morphine). Il ne faut pas abuser des iodures qui s'adressent surtout à la sclérose artérielle. M. Huchard conseille l'usage du nitrite d'amyle, de la trinitrine ou du tétranitrol ou tétranitrate d'érythrol. A la seconde période cardio-artérielle, l'emploi régulier des iodures et particulièrement de l'iodure de sodium devra s'adjoindre à celui de la trinitrine. A la troisième période mitro-artérielle la thérapeutique sera la même que dans la lésion mitrale mal compensée.

Quant aux myocardites chroniques proprement dites, elles nécessitent la même thérapeutique que les lésions valvulaires mal compensées.

Des myocardites aiguës.
(Rapport de M. le Pr RENAUT (de Lyon.)

Avant le développement des études histologiques, Laënnec et Saint-Louis relevèrent dans les autopsies de maladies infectieuses un certain nombre de cas de myocardites aiguës. Virchow dès 1852, Hayem en 1870 en commencèrent l'étude microscopique, tandis que Huchard et Desnos en établissaient les symptômes cliniques. La bactériologie est intervenue depuis et c'est la pathogénie des myocardites qui fait, à l'heure actuelle, l'objet des recherches scientifiques entreprises sur ces affections.

D'une façon générale on peut entendre par myocardite les efforts de réaction de défense que les cellules du muscle cardiaque opposent à un élément pathogène. L'étude de ces phénomènes de défense a été faite expérimentalement par MM. Mollard et Regaud qui sont parvenus à déterminer par des injections sous-cutanées de toxine diphtérique chez les animaux, la myocardite diphtérique aiguë expérimentale. Ces auteurs ont constaté que cette maladie est une myocardite parenchymateuse typique et initialement absolument pure. La cellule musculaire du cœur réagit seule et le tissu conjonctif ne participe pas à la défense au début. Cet état persiste longtemps et alors plus tard l'on peut voir intervenir les leucocytes agents de phagocytose, mais le tissu conjonctif et les vaisseaux ne prennent aucune part à la lutte qui constitue ce genre de myocardite. Plus tard, secondairement, les vides faits par la désintégration du muscle cardiaque sont comblés par le tissu inodulaire provenant du tissu conjonctif autour des vaisseaux, les étrangle et détermine une dystrophie par îlots à des points de cicatrice où un grand nombre de fibres cardiaques ont disparu.

La *myocardite diphtérique* de l'homme donne absolument lieu aux phénomènes que nous venons d'exposer. La *myocardite dothiénentérique* est aussi parenchymateuse comme la précédente, mais elle n'est pas généralisée, mais en quelque sorte parcellaire, elle s'accompagne d'œdème du myocarde et d'artérite. Mêmes lésions dans la *myocardite pneumonique* avec dissémination par points et absence d'îlots de désintégration, mais il n'y a pas comme dans la précédente d'œdème congestif du muscle cardiaque.

Au point de vue *clinique* la forme la plus commune de *myocardite aiguë* donne lieu à l'ensemble symptomatique suivant : d'abord survient une période d'éréthisme du cœur (choc violent de la pointe, tachycardie, pouls fort, dur et régulier). L'auscultation permet de constater ces battements violents du cœur qui parfois donnent lieu à une sorte de dédoublement analogue à un bruit de galop. Le choc ensuite s'atténue, la tachycardie augmente, le pouls devient faible, atteint jusqu'à 150, l'arythmie s'exagère. L'état typhoïde s'accroît, on constate de l'albuminurie, de l'œdème hypostatique des bases du poumon, rarement de la dyspnée. Si la guérison survient, tous les symptômes s'atténuent progressivement mais durant longtemps la tachycardie et l'arythmie se manifestent à la moindre fatigue. Si la mort termine la maladie, c'est par syncope ou par asphyxie avec arrêt progressif du cœur.

Parmi les variétés des myocardites aiguës, M. Renaut signale la *myocardite interstitielle aiguë diphtérique* qui survient à la convalescence et se manifeste par de la dépression, quelquefois des troubles gastro-intestinaux. Les principaux symptômes sont encore la tachycardie et l'arythmie et quand la terminaison est fatale, le malade succombe généralement d'asystolie

aiguë. La *myocardite suppurée* dont le symptôme prédominant est la douleur, donne lieu à un ensemble clinique analogue à celui des endocardites infectieuses. Une forme intéressante est la *myocardite parenchymateuse aiguë de l'enfance* qui survient à la convalescence d'une maladie infectieuse et souvent chez de jeunes malades porteurs de lésion organique valvulaire bien tolérée jusqu'alors. La particularité de cette variété dont le signe principal est l'affaiblissement du cœur, est l'absence de bruit de galop et d'arythmie.

Les myocardites aiguës guérissent, mais le plus souvent même après fort longtemps le muscle cardiaque ne retrouve pas son intégrité primitive. Le diagnostic en est relativement facile, quant à la thérapeutique, elle consistera à remplir les indications basées sur les symptômes : calmer l'éréthisme, stimuler le cœur, relever la pression artérielle, veiller à la perméabilité rénale et aux autres émonctoires qui doivent éliminer les substances toxiques accumulées dans l'organisme.

J. N.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 juillet 1899. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

MM. Ettlinger et Nageotte, dans deux cas de lésion transverse de la moelle, ont observé dans les cordons postérieurs, au renflement lombo-sacré, une dégénérescence descendante particulière. La lésion primitive siégeait entre les régions dorsale et lombaire. Le faisceau descendant médian, qui n'apparait comme faisceau congloméré qu'au niveau de la cinquième lombaire, augmente d'abord et prend, au-dessous de la troisième paire sacrée, la forme d'un triangle de Gombault et Philippe. Comparé au centre ovale de Flechsig, ce faisceau est plus mince, et remonte moint haut; comme il augmente en descendant, on peut penser qu'il s'agit de fibres qui se rassemblent successivement. Cette disposition a été vue chez le fœtus par Guizé, par la méthode de Flechsig. Il faut donc distinguer le triangle médian sacré du centre ovale lombaire, seul homologue de la virgule de Schultze.

M. Pitres, à l'aide du manomètre, a mesuré la pression du liquide abdominal dans l'ascite; ces observations qui concordent avec celles de M. Gilbert, disent que la pression n'est jamais très élevée et ne marque pas plus de 20 mm. et n'est pas proportionnelle à la quantité du liquide; elle reste, même après évacuation, positive. Les variations en rapport avec la respiration sont manifestes; il y a élévation dans l'inspiration, diminution dans l'expiration.

M. Féré a reconnu que les solutions de bromure ne retardaient pas l'éclosion des jeunes poulets. Ces observations corroborent ce qui se passe dans la grossesse, où le bromure de potassium n'a jamais entravé le développement de la grossesse.

M. Bouchard pense que le manque d'action du bromure tient au faible développement du système nerveux chez l'embryon. Les bromures sont mal tolérés chez les vieillards, parce que mal éliminés.

M. Letulle, sur des coupes, montre le développement du muguet dans les couches du derme et de l'épiderme. Il montre ensuite des tracés pris sur une malade présentant un type respiratoire de Cheyne-Stokes.

M. Bourquelot donne la composition de l'albumine de la graine de caroubier; il y a trouvé la galactose et la mannose, deux sucres diifférents.

M. Auscher (de Bordeaux) adresse une note sur l'action des liquides du kyste de l'ovaire, ces liquides déterminent des scléroses du côté des reins.

M. Hauschalter (de Nancy) envoie un travail sur les *modifications de la moelle osseuse chez l'enfant.*

MM. Bezançon et Grillon ont produit *avec les pneumocoques des arthrites expérimentales.*

E. P.

Séance du 29 juillet 1899. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

M. le Pr Bouchard lève la séance en signe de deuil à cause de la mort du Pr Balbiani, du Collège de France, un des plus fidèles biologistes. Malgré la suppression de la séance, comme les vacances commencent, on a procédé à l'élection du secrétaire général.

M. Gley a été nommé.

Enfin M. Pierre Marie est nommé membre de la Société. Les notes des communications sont remises sans discussion.

MM. Roger et Josué étudient l'*histologie normale de la moelle osseuse chez le cobaye*. Cette moelle est rouge et molle, contient beaucoup de cellules et peu d'éléments graisseux. Il existe un sinus veineux, mais il n'engaine pas l'artère voisine. A un fort grossissement, il y a beaucoup de cellules sans granulations : *a*) des cellules à grand noyau pâle sans protoplasma visible, ovalaires, arrondis ou déformés par pression réciproque; *b*) des leucocytes à noyaux réniformes ou déchiquetés. Les cellules à granulations sont des myélocytes. Les éléments à graisses pseudo-éosinophiles sont les plus nombreux, les neutrophiles rares, les martzellen très rares. Les cellules géantes sont nombreuses et contiennent quatre à cinq noyaux ou un gros et bosselé. Le cobaye a donc une formule hémato-médullaire fort différente de celle de l'homme ou du lapin.

M. Dominici a observé dans les ganglions rétro-auriculaires du lapin infecté par l'Eberth, des modifications analogues à celles de la septicémie : 1° apparition des polynucléaires neutrophiles dans les zones péri-folliculaires; 2° augmentation des mono-nucléaires basophiles; 3° mise en activité des gigantophagocytes et mise en liberté des pigments ferrugineux.

M. Dominici, chez des fœtus nés avant terme (septième et huitième mois), constate des îlots périvasculaires constitués par des agglomérations d'hématies nucléées, qui devaient, à cette époque, avoir disparu.

MM. Mongour et Gentes (de Bordeaux). — 1° La glycosurie alimentaire, positive, dosable, suppose un rein perméable; 2° si la glycosurie est négative, il faut faire, pour ramener la perméabilité, l'épreuve par la phloridzine et le bleu de méthylène.

MM. Charrin, Guillemonat, Levaditi, ont fait d'importantes expériences en série pour apprécier l'influence du terrain. Après avoir lentement et longuement injecté des sels de soude à une série de lapins et des acides à d'autres, on a expérimenté avec les cultures pyocyaniques. Les témoins mourant en trois jours, les acidés mouraient en dix-huit à quarante heures, les alcalinés survivaient plusieurs jours. Ces derniers ont le poil lisse, les mouvements agiles, les urines louches, riches en urates, l'urée de taux élevé; le sérum de ces lapins laisse moins pulluler les microbes; l'inoculation en est moins virulente; en somme, la défense est augmentée par l'emploi des alcalins, diminuée au contraire en acidifiant le terrain, ce qui confirme les expériences cliniques sur l'action de la dyscrasie acide; chez les animaux alcalinisés, la moelle des os prolifère, élimine sa graisse.

MM. Hulot et Ramond. — Chez des lapins adultes injectés lentement, pendant six mois et tuberculisés, apparaissent d'abord l'hypergénèse des éléments figurés du sang, suivie rapidement d'anémie; les hématies se modifient, leur richesse globulaire tombe avortée, quelques globules rouges à noyau apparaissent; les éosinophiles diminuent, les leucocytes et les hématoblastes augmentent de nombre.

MM. Oulmont et Ramond étudient un cas de leucémie aiguë débutant par angine érythémateuse ou hypertrophie des ganglions cervicaux, puis des autres ganglions : purpura, foie et rate hypertrophiés, T. 39°, le sang présente des hématies nucléées, de l'hyperleucocytose: gros mononucléaires sans granulations neutrophiles, mort en trois semaines. Histologiquement, infiltration embryonnaire diffuse des appareils lymphatiques : épaississement réticu-

laire et nodules lymphoïdes du foie, de la rate, des reins. La moelle contenait des mononucléaires sans granulations et des hématies à noyau.

MM. Gilbert et Garnier ont trouvé une lésion spéciale du foie dans trois cas d'anémie pernicieuse. Cliniquement, hépatomégalie. Anatomiquement, poids 2.300, 2.500, 3.000 grammes. Microscopiquement, ni prolifération conjonctive, ni dégénérescence cellulaire ; accumulation de pigment ferrugineux, surtout à la périphérie des lobules, donc hypertrophie vraie, compensatrice peut-être si on admet que la partie liquide du sang est lésée et que le foie fabriquant le plasma a un excès de travail, ou bien il y aurait *hyperhépatie* par adaptation au milieu sanguin anémique.

M. Arloing étudie les réactions du bacille de Koch en présence de l'action agglutinante. Le sérum agglutinant n'a exercé aucune action bactériolytique et bactéricide sur le bacille de Koch.

M. Nageotte étudie un réseau de fibres à myéline de nouvelle formation dans la pie-mère spinale de certains tabétiques. La régénération se fait en pleine gaine de Schwann et les fibrilles voisines de chaque cylindre-axe formant des petits îlots représentant la régénérescence d'une seule fibre. Ces examens prouvent : 1° que les racines antérieures sont lésées dans le tabes ; 2° qu'à l'inverse des lésions des racines postérieures, celles des racines antérieures tendent à se réparer.

M. Trenel étudie la maladie nerveuse de deux sœurs de 40 ans chez qui les accidents ont débuté vers 7 ans par des crises convulsives ; à 13 ans, délire menstruel et affaiblissement intellectuel. Chez l'aînée : état spasmodique peu intense (exagération des réflexes, clonus du genou, tremblement des mains, secousses fibrillaires du côté droit de la face ; accès d'agitation assez irréguliers, démence apathique. Rien aux pupilles. La deuxième présente : état spasmodique moindre, tremblement des mains, presque hémiplégique, tremblement de la tête, lenteur de la parole, accès d'excitation peu intenses ; démence apathique. Ces cas sont intermédiaires aux paralysies spasmodiques familiales et aux folies périodiques et démences familiales.

MM. Toulouse et Raschide continuent leurs études sur l'olfaction avec l'eau camphrée. L'accès est précédé d'hypéresthésie olfactive, ce qui manifeste comme les autres accès sensoriels, un éréthisme nerveux. Pendant la crise et la période de résolution, les solutions très fortes, comme l'ammoniaque, ne sont plus perçues. Après l'accès diminution de l'olfaction. Les vertiges agissent comme les accès. E. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juillet 1899. — Présidence de M. Troisier.

Valeur séméiologique de l'adénopathie dans les cancers abdominaux.

MM. Soupault et Labbé insistent sur la nature des adénopathies que l'on observe chez les cancéreux, notamment sur les adénopathies sus-claviculaires ; rarement l'hypertrophie de ces ganglions est d'origine cancéreuse, tantôt elle est due à une infection secondaire, tantôt à la tuberculose. Ces adénopathies, que M. Troisier avait données comme un signe de cancer abdominal, ne doivent avoir qu'une valeur séméiologique restreinte.

M. Troisier n'a donné à l'adénopathie sus-claviculaire ou inguinale dans le cancer abdominal une véritable valeur symptomatique que lorsque d'autres signes pouvaient permettre de faire le diagnostic du cancer.

Albuminurie familiale intermittente.

M. P. Londe a observé dans 8 cas l'albuminurie intermittente débutant vers la puberté et commençant à se révéler par des troubles dyspeptiques. Cette affection dans 7 cas était une maladie familiale qui se rapprochait de l'albuminurie cyclique de Tessier (de Lyon), du chlorobrightisme et de l'albuminurie dyspeptique de A. Robin. Cette maladie évolue d'une façon brusque.

M. Netter présente des tubes contenant du pus provenant de ponctions lombaires successives faites dans la *méningite cérébro-spinale.*

M. Mosny signale un fait d'*impaludisme* qui paraît avoir été contracté à Paris. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 juillet 1899. — Présidence de M. Pozzi.

De l'hystérectomie pour cancer utérin.

M. Michaux a pratiqué onze fois l'hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus. L'opération a toujours été très difficile ; la recherche de l'uretère est très délicate et il est souvent très difficile d'en éviter la blessure. Si les efforts du chirurgien doivent tendre à enlever tout ce qui est suspect et malade, il est bien difficile en réalité de faire une toilette complète du bassin.

Un des gros avantages de la voie abdominale, c'est de pouvoir saisir l'utérus par son fond, qui n'est pas ulcéré.

M. Michaux donne les résultats de sa statistique, qui sont assez satisfaisants. Deux opérées sont mortes de récidive après vingt mois et neuf mois ; quatre sont opérées depuis 15 à 18 mois et se portent bien actuellement ; une septième a été perdue de vue ; une huitième n'a pas récidivé depuis 9 mois. Quant aux trois dernières, elles ne sont opérées que depuis six mois et ne peuvent entrer en ligne de compte.

M. Segond rappelle que, tout en reconnaissant les progrès de l'hystérectomie abdominale, il reste partisan de l'hystérectomie vaginale dans la plupart des cas opérables. En présence de lésions très étendues, l'hystérectomie abdominale offre peu d'avantages et, si elle amène parfois la disparition des douleurs, c'est au prix de fistules urinaires ou rectales.

De l'hystérectomie vaginale contre l'infection puerpérale aiguë.

M. Tuffier a pratiqué trois fois l'hystérectomie vaginale dans des cas où tous les autres moyens avaient échoué. L'une des malades a guéri : les deux autres sont mortes. L'effet de l'hystérectomie dépassa toute attente dans le premier cas ; dès le lendemain la température descendait de 40° à 37° et la guérison était rapide. On peut se demander si l'hystérectomie est indiquée dans les cas semblables. S'il était prouvé que l'infection a son siège dans l'utérus seul, il serait indiqué d'enlever cet organe. Mais la cause des accidents puerpéraux est assez complexe. Quoi qu'il en soit, les résultats, rapportés par les statistiques étrangères, sont assez encourageants et méritent d'être signalés. Sur 35 opérations, on a noté 20 guérisons.

M. Segond pense que l'hystérectomie, dirigée contre l'infection puerpérale, sera toujours une opération exceptionnelle. En pareille circonstance, l'hystérectomie vaginale est horriblement difficile à cause du ramollissement des tissus ; il devient impossible de pratiquer le morcellement et l'on s'expose à perforer le rectum et la vessie.

Œsophagotomie pour l'ablation d'un râtelier.

M. Segond a été appelé ces jours derniers auprès d'un malade qui avait avalé un râtelier. Après en avoir déterminé le siège exact au moyen de la radiographie, il a procédé pour l'extraire à l'œsophagotomie externe. Les suites opératoires ont été excellentes.

M. Reclus a demandé si dans ce cas le panier de Graefe n'eût pas été suffisant.

M. Lucas-Championnière n'est pas partisan de l'emploi du panier, qui a causé bien des accidents.

M. Poirier considère le panier de Graefe comme un idéal lorsque le corps étranger est un corps rond et mousse, surtout s'il est arrêté au commencement de l'œsophage. Mais, pour un dentier, il faut être plus réservé, car l'insuccès est à craindre. M. Poirier rapporte le cas d'une fillette qui avait avalé une aiguille ; on essaya de l'extraire au moyen du panier de Graefe : mais toutes les tentatives furent vaines et le panier finit par rester lui-même dans l'œsophage sans pouvoir être retiré. L'enfant fut amenée à l'hôpital avec son aiguille et la tige du panier sortant par la bouche. M. Poirier a pratiqué avec succès l'œsophagotomie externe. P. Rellay

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Lors de sa dissolution, la Société obstétricale et gynécologique de Paris avait exprimé le désir de voir se reconstituer avec une partie de ses membres s'occupant plus spécialement de gynécologie une Société gynécologique à laquelle elle laissait ses archives et ses collections. C'est chose faite aujourd'hui. La *Société gynécologique de Paris* vient de se constituer, sous la présidence de M. le Dr Peyrot. M. le Dr Olivier a accepté les fonctions provisoires de secrétaire général. Ce n'est qu'après les vacances que seront définitivement votés les statuts de la nouvelle Société.

Prière d'adresser toutes les communications à M. le Dr Olivier, 6, rue de Maubeuge.

CORRESPONDANCE

A propos de la contribution mobilière des médecins.

Nous recevons de M. le Dr Danton, de la Fère-en-Tardenois (Aisne), l'intéressante lettre suivante :

« Monsieur,

« Vous seriez bien aimable de me renseigner sur la façon dont on a l'habitude d'imposer, à Paris, les médecins à la contribution mobilière.

« Soumis au droit de patente, droit souvent énorme, sommes-nous fondés, alors qu'on fixe l'assiette de notre contribution mobilière, à faire déduire de la totalité de notre loyer la valeur locative du cabinet qui nous sert exclusivement à donner nos consultations et à recevoir nos clients?

« D'après certains arrêts du Conseil d'État, il faut, pour obtenir cette déduction, que le local en question soit distinct de l'habitation. Que doit-on réellement entendre par ce mot : distinct de l'habitation ?

« L'administration des contributions directes, ou du moins son Inspecteur départemental que je viens de voir à ce sujet, soutient que, pour obtenir cette déduction, il est nécessaire que le cabinet soit privé de toute communication avec la maison. Cependant, dans ma localité, les notaires, qui sont assujettis à la patente par la loi de 1850 également, obtiennent une réduction sur la cote mobilière, bien que l'étude soit en communication avec l'habitation. Il en est de même pour les huissiers. Les commerçants, dont les magasins ou les boutiques communiquent presque toujours avec le logement personnel, ne paient en général qu'une cote mobilière minime, sous prétexte qu'ils sont soumis au droit de patente. Je ne puis donc croire que l'administration soit fondée à soutenir que notre cabinet ne peut être exempté de la contribution mobilière que dans le cas où il ne communique pas avec le reste de la maison. Je sais que des médecins en grande réputation qui font de toutes les pièces de leur appartement autant de cabinets de réception, dont l'entrée est subordonnée à la fortune du client, et qui avaient la prétention de ne payer leur contribution mobilière que sur la valeur locative de leur chambre à coucher et de leur cuisine, n'ont pu obtenir cette exemption que pour le local destiné aux consultations, c'est-à-dire pour leur cabinet. Je sais également que des médecins chez lesquels il n'y avait aucune partie de logement affectée à l'exercice de leur profession ont été imposés, toujours comme contribution mobilière, sur la totalité de leur loyer.

« En ce qui me concerne, la situation est bien nette. J'occupe une maison à laquelle on accède par une porte cochère formant l'entrée d'un passage qui me sert de sortie pour mes chevaux et mes voitures. Du côté gauche de ce passage, se trouve mon cabinet, absolument isolé et qui ne m'a jamais servi que pour la réception de mes clients. Mon habitation personnelle se trouve du côté droit du passage qui divise réellement ma maison en deux logements distincts.

« Je suis donc actuellement en instance de réclamation pour obtenir cette réduction, et, comme le Conseil de préfecture de mon département va probablement rejeter ma demande, je serai obligé de me pourvoir devant le Conseil d'État. Mais, avant d'en arriver là, comme c'est une question qui peut intéresser la plupart des médecins, comme c'est en somme une question qui touche aux intérêts professionnels que vous défendez toujours dans votre estimable journal avec autant d'autorité que d'énergie, je prends la liberté de vous soumettre mon cas et de vous demander, en cette circonstance, vos précieux conseils.

« Permettez-moi également, Monsieur le Rédacteur en chef, de profiter de cette lettre pour vous demander votre avis dans une autre question qui se rapporte encore au cas que je viens de vous exposer.

« D'après la loi du 15 juillet 1880 sur les patentes, le droit proportionnel auquel nous sommes soumis est établi sur la valeur locative tant de la maison d'habitation que des écuries, remises et autres locaux servant à l'exercice de la profession. Or, le médecin de campagne, qui fait usage de chevaux et de voitures, est obligé d'avoir des écuries et des remises qui occupent une portion notable de l'immeuble qu'il habite. Que l'administration comprenne ces écuries et ces remises dans la valeur locative qui sert de base à l'établissement du droit de patente, rien de mieux, puisque c'est en toutes lettres dans la loi.

« Mais l'administration a encore la prétention de faire entrer cette valeur locative dans la contribution mobilière. Cependant, d'abord, dans l'industrie, on a l'habitude de ne pas faire entrer dans le loyer d'habitation la valeur des écuries et remises, quand les chevaux et voitures ne servent qu'au transport des marchandises. Le médecin, qui ne possède des chevaux et des voitures que pour se transporter chez ses malades, et qui certainement n'en aurait pas s'il pouvait faire autrement, le médecin, dis-je, en cette circonstance, ne devrait-il pas être traité comme l'industriel ?

« Ensuite, nos écuries et nos remises ne sont certainement pas des écuries et des remises de luxe, qui seules sont imposées par le fisc quand elles appartiennent à des personnes non soumises au droit de patente ; autrement les écuries et les remises ne sont considérées que comme des bâtiments ruraux n'ayant aucune valeur locative et n'entrant par conséquent pas dans le chiffre de la contribution mobilière.

« Serions-nous donc fondés à faire déduire également de notre impôt mobilier le chiffre représentant la valeur locative réelle de nos écuries et remises ?

« Je vous demande mille fois pardon, Monsieur le Rédacteur en chef, de vous importuner aussi longuement et je vous prie de recevoir avec mes remerciements anticipés, pour votre bonne réponse, l'expression de mes sentiments les plus respectueux. « Dr Danton. »

Les questions que nous pose M. le Dr Danton sont fort intéressantes et il paraît bien qu'en droit ses réclamations soient parfaitement fondées. Néanmoins nous doutons de l'issue favorable de son procès, sachant par expérience de quelle façon on interprète la loi lorsqu'il s'agit de dégrever les médecins de leurs impôts. Tous les procès intentés dans des cas analogues ont été perdus, toutes les réclamations faites par les médecins au sujet de leurs contributions fiscales ont été repoussées par l'Administration. Nous rappellerons pour édifier notre confrère les procès récemment perdus par le Syndicat des médecins de la Seine et l'Union des Syndicats médicaux de France au sujet de la double patente des médecins ayant plusieurs résidences, notamment les médecins des villes d'eaux (cas du Dr Philbert, de Brides-les-Bains), les démarches restées vaines, même auprès des Commissions parlementaires, pour tâcher d'obtenir que le fisc considère les chevaux et les voitures des médecins comme des instruments de travail et non comme des objets de luxe.

Nous conseillerons à M. le Dr Danton, avant de pousser son procès jusqu'au Conseil d'Etat, de demander l'avis et, au besoin, l'appui du Syndicat médical de sa région (Syndicat de Château-Thierry). Nous prierons toutefois notre rédacteur de législation et jurisprudence médicales, M. Lirmin-Lipman, de bien vouloir étudier ces questions qui intéressent la plupart de nos lecteurs. J. Noir.

BIBLIOGRAPHIE

Etude expérimentale sur le tétanos; par J. Binot. (1 vol. in-8°, Steinheil, éditeur.)

Dans une série de recherches consciencieuses, entreprises dans le laboratoire de M. Roux, à l'Institut Pasteur, M. Binot étudie d'abord le tétanos expérimental dû à l'injection de toxine dans les divers viscères, c'est ce que l'on appelle le tétanos splanchnique. La dose de toxine mortelle introduite dans les organes est à peu près la même que celle qui tue sous la peau; mais l'apparition des symptômes, dans le tétanos splanchnique, est plus tardive (40 à 48 heures au lieu de 16 à 20 heures), et la marche bien plus rapide, une fois les premiers symptômes apparus. De plus, le début n'est plus asymétrique, comme dans le tétanos expérimental vulgaire et qui commence toujours par la patte inoculée; il n'y a pas de contractures permanentes, la dyspnée est intense; la mort survient en hypothermie, et non en hyperthermie comme dans le tétanos produit par l'inoculation sous-cutanée. On voit donc les différences profondes qui séparent ces deux formes de tétanos chez l'animal.

L'inoculation de toxine dans la moelle ou dans le canal rachidien donne lieu à un tétanos rapide, caractérisé par des contractures permanentes, du tremblement et de grandes convulsions.

L'injection dans la vessie saine, à la surface des cavités saines (couduit auditif, fosses nasales) ne donne pas de résultats. Dans le diaphragme, on obtient une contracture permanente, localisée à ce muscle. L'incubation est la même que pour l'inoculation à la patte, mais par suite de la dyspnée extrême la mort est plus rapide.

L'auteur aborde ensuite le traitement de ces différentes variétés de tétanos par le sérum antitoxique. Celui-ci peut être donné sous la peau ou bien, suivant la méthode de Roux et Borrel, par piqûre intra-cérébrale.

Le traitement sous-cutané ne donne des résultats thérapeutiques que s'il est institué avant l'apparition des signes du tétanos, quelle que soit la porte d'entrée du poison. Le traitement par inoculation intra-cérébrale de toxine est beaucoup plus actif. On peut sauver certainement tous les animaux inoculés de toxine dans les membres, en les traitant aussitôt ou même plusieurs heures après l'apparition des symptômes. En revanche, par ce même traitement, il est impossible de sauver un seul des animaux inoculés dans les viscères, si on les traite dès l'apparition des symptômes ou même plusieurs jours avant: ce qui démontre la gravité plus grande du tétanos splanchnique. F. Ramond.

Cas de tumeur de l'iris; par A. Helleberg.

Après avoir fait l'historique du cas, l'auteur passe à l'examen anatomo-pathologique des préparations, et termine par une épicrise clinique et anatomo-pathologique.

Au point de vue de l'anamnèse, il est d'un certain intérêt qu'une lésion externe ait précédé le développement de la tumeur. A l'état présent, l'iris appelle la plus grande attention. Sur les trois quarts de son extension, elle manque totalement du dessin et de la couleur ordinaires et présente l'apparence d'un tissu lâche blanc-grisâtre, vasculaire, qui s'est bombé temporalement de haut en bas jusqu'au côté postérieur de la cornée. Ce tissu remonte nasalement, sans limite déterminée, dans la partie relativement normale, quoique légèrement atrophique de l'iris. M. Helleberg signale ensuite la présence d'une formation pigmentaire, située entre l'iris et la lentille au bord temporal de la pupille. L'augmentation de la tension de l'œil, l'état amaurotique de cet organe et l'excavation totale de la papille complètent l'image d'une tumeur intra-oculaire à l'état glaucomateux, où il ne peut être question que d'une méthode unique de traitement, l'*énucléation du bulbe*.

L'exploration microscopique de l'œil enlevé fait voir que la partie altérée de l'iris se compose d'une tumeur riche en noyaux, mais pauvre en pigment. L'auteur a tracé la présence, dans les faisceaux de la tumeur coupés en longueur, de noyaux allongés, de largeur égale, affectant souvent la forme de bâtonnets, dans les coupes transversales des vacuosités encloses dans un tissu fortement colorable par le rubin, dont une partie contient des sections transversales de noyaux d'une longueur correspondant à celle des noyaux longitudinalement coupés. L'auteur peut constater même au microscope l'extension diffuse, presque circulaire de la tumeur, et l'invasion successive de celle-ci sur le tissu sain, d'un aspect très curieux, où les extensions de la tumeur prolifèrent entre l'iris et la lentille, ainsi qu'entre les cordes de la zone de Zinn, sans connexion traçable avec la tumeur principale.

Après avoir signalé la difficulté de décider positivement par l'examen clinique si la tumeur partait du corps ciliaire ou de l'iris, difficulté qui ne fut résolue qu'après que la préparation pathologique anatomique eut été accessible, M. Helleberg passe à un essai de détermination de la nature de la tumeur. Il estime qu'il est impossible de se décider positivement à ce sujet, et, si se basant à titre principal sur la structure histologique de la tumeur, il croit pouvoir établir son diagnostic sur un leucomyome partant du constricteur de la pupille, il le fait sous toute réserve en faveur d'un leuco-sarcome, par suite de l'extension maligne qu'il est impossible de ne pas reconnaître à la tumeur. (*Nordiskt Médicinskt Arkiv.* Band X, Häft 3, 1899.)

Fracture du crâne chez le fœtus un mois avant l'accouchement; par le Dr Gonzalès Alvarez. (Académie de Médecine de Madrid.)

Au cours d'un accouchement absolument normal, un enfant à terme et très robuste naît porteur d'une fracture de l'occipital avec plaie du péricrâne déchiré par une esquille. Le tout au moment de la naissance est déjà en voie de cicatrisation avancée. Au niveau de la plaie est collé un caillot de sang durci et une veine voisine est fortement dilatée, sans doute pour suppléer à la circulation gênée par l'obstruction du sinus due à la cicatrisation de la fracture. Celle-ci a dû se produire un mois avant l'accouchement; la mère a fait à ce moment une chute en avant. Elle a pour se retenir violemment fléchi le thorax sur le bassin de telle sorte que le crâne du fœtus est venu buter brutalement contre une épine pelvienne qui l'a fracturé. De tels cas sont gros de conséquences au point de vue judiciaire, et doivent être minutieusement étudiés en matière de médecine légale. (*Revista de Medicina y Cirugia*, n° 560.)

F. Boissier.

VARIA

Congrès de 1900.

Congrès international de l'Éducation physique de la jeunesse.

M. G. Demeny, au nom d'un groupe d'adhérents à ce Congrès, adresse un appel pour la création d'une *Commission technique internationale* ayant pour but l'application au perfectionnement humain des connaissances scientifiques et de les substituer aux préjugés qui, jusqu'alors, ont eu une trop grande part dans l'éducation des enfants..

Congrès de botanique générale.

La commission du Congrès de botanique générale a été ainsi constituée : MM. Bescherelle, Gaston Bonnier, Edouard Bornet, Boudier, Edouard Bureau, Gustave Camus, Adolphe Chatin, Maxime Cornu, Em. Drake del Castillo, Dutailly, Franchet, Guérin, Guignard, Hua, Lutz, Malinvaud, Mussat, Patouillard, Perrot, Prillieux, Georges Rouy, Roze, de Seynes, Van Tieghem, Henri de Vilmorin, Zeiller. La commission vient de procéder à la nomination de son bureau; ont été élus : président, M. Prillieux; vice-présidents, MM. Dutailly, Mussat et Rouy ; secrétaire-général, M. Perrot; secrétaires, MM. Guérin et Lutz; trésorier, M. Hua. Le Congrès tiendra ses séances du 1er au 7 octobre 1900 dans le Palais des Congrès.

Congrès dentaire international de Paris.

Un Congrès dentaire international doit avoir lieu à Paris du 8 au 14 août 1900. Ce Congrès, organisé sur l'initiative des Sociétés dentaires nationales, continue la tradition si heureu-

sement inaugurée par les Congrès dentaires internationaux de Paris en 1889 et de Chicago en 1893, et fait partie des Congrès officiels qui se tiendront pendant l'Exposition universelle.

Extrait du règlement. — Pour être membre du Congrès il faut : 1° avoir le droit d'exercice légal dans le pays d'origine ; 2° exercer honorablement sa profession, c'est-à-dire s'interdire toute réclame ou tout acte contraire à la dignité professionnelle ; 3° être agréé par le Bureau national du pays d'origine, s'il en existe un, ou par le Bureau de la Commission d'organisation.

Adresser les adhésions, les communications, les demandes de renseignements, etc., à M. le Dr E. Sauvez, secrétaire général, 17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris. Envoyer les cotisations à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

Le bureau comprend : *Président d'honneur :* M. Lecaudey (Em.). — *Président :* M. Godon (Ch.) (de Paris). — *Vice-Présidents :* MM. Damain (Ed.), Ducournau, le Dr Queudot, Bonnet, le Dr Martin, Schwartz père. — *Trésorier :* M. Viau (G.). — *Secrétaire général :* M. le Dr Sauvez. — *Secrétaires :* MM. Burt, d'Argent, Hivert, le Dr Maire, Martinier, Siffre. — *Trésorier adjoint :* M. Rodolphe.

A propos de l'élection d'un délégué des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité.

Les syndicats médicaux avaient à élire, dimanche, leur représentant au Conseil supérieur de la Mutualité. L'élection, selon le décret ministériel, aurait dû avoir lieu le 9 juillet. Mais les délégués électeurs qui se présentèrent à cette date à l'Hôtel de Ville trouvèrent porte close et apprirent seulement du concierge que la cérémonie était remise à quinzaine. Pour l'établissement de ce scrutin, notable précédent administratif, trois administrations avaient collaboré. Le *Ministère de l'Intérieur*, en imaginant le mode, la manière de procéder, pas banale, je vous assure, et peu moderne, on s'en apercevra sans doute au dépouillement. La *Préfecture de police* avait fourni très approximativement le nom, l'adresse des syndicats, ainsi que le nombre des syndiqués. La *Préfecture de la Seine* enfin, secouée de sa coutumière et prudente inertie, devait s'informer des délégués, les prévenir, régler et surveiller le scrutin. C'était là, il faut le reconnaître, chose nouvelle ; de fait je n'ai encore jamais vu semblable élection. Le 16 juillet déjà, comme délégués de l'Association Lagoguey, nous avions une feuille électorale ; mais il n'y avait pas de liste nominative des délégués. Jugez du contrôle ! Le 23, comme délégué du Syndicat des médecins de la Seine, je votais sans feuille, mais cette fois il y avait une liste nominative.

D'autre part, notre étonnement ne fut pas mince quand nous vîmes figurer sur cette liste, des délégués de Syndicats de dentistes et de sages-femmes, n'ayant aucun rapport, par conséquent, avec les Syndicats médicaux dont il s'agissait d'élire le représentant. Comme Président de la Commission de la Mutualité à l'Union des Syndicats médicaux de France, comme délégué à la Ligue de la Prévoyance et de la Mutualité, j'ai assisté à la genèse du Conseil supérieur de la Mutualité. J'ai pu connaître, en particulier, comment les *syndicats médicaux*, seuls en cause, ont obtenu d'y avoir un représentant.

La lettre et l'esprit de la loi comme du décret ministériel ont été faussés, les syndicats médicaux proprement dits doivent seuls participer à l'élection de leur représentant au Conseil supérieur de la Mutualité. C'est dans cette pensée que le Dr Philippeau et moi avons adressé au président, Dr Comby, scrutateur désigné, une protestation, pour être communiquée à qui de droit. Cette protestation, nous avons demandé à la développer et défendre devant le conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine et l'Union des Syndicats médicaux de France. (*Journ. de Méd. de Paris.*)

Paul BERTHOD.

La peste à la Réunion.

Le Ministère des colonies a fait paraître la note suivante qui reconnaît officiellement que la peste a gagné l'île de la Réunion :

Il régnait depuis quelque temps, à la Réunion, une affection qu'on appelait « lymphangite infectieuse ». Comme on supposait que l'on pouvait avoir affaire à la peste, des ordres avaient été donnés pour diriger sur la Réunion le Dr Thiroux, médecin de 1re classe des colonies, en service à Madagascar.

Ses premières recherches, au sujet du bacille de Yersin, furent d'abord négatives. Il trouva ensuite un bacille qui se rapprochait beaucoup de celui de la peste, mais qui ne tuait pas les rats par inoculation.

La mortalité, dans l'île, était d'ailleurs peu élevée, puisque, du 7 février au 22 juin 1899, il ne s'est produit que neuf décès. La peste a été officiellement reconnue à Saint-Denis, le 18 juillet, et le 19, deux décès isolés se sont produits. Depuis, aucun nouveau cas n'a été constaté.

Des mesures sanitaires ont été aussitôt prescrites et des quarantaines ordonnées pour les provenances de la Réunion.

Pensions de retraite pour la vieillesse en Grande-Bretagne.

L'*Agence Havas* communique aux journaux la note suivante :

La Commission des pensions de retraite pour la vieillesse a publié hier un rapport qui recommande de servir à tous les indigents, âgés de soixante-cinq ans, qui n'auront jamais eu recours à l'assistance publique, si ce n'est dans des circonstances tout à fait extraordinaires, et qui n'auront subi aucune condamnation depuis l'âge de quarante-cinq ans, une pension d'au moins 5 shillings par semaine. Dans aucun cas, cette pension ne devra être supérieure à 7 shillings. Pour avoir droit à la pension, les indigents devront prouver que leurs ressources personnelles sont inférieures à 10 shillings par semaine. Les pensions seront payées en partie sur la taxe des pauvres. Le reste sera fourni par le chancelier de l'Echiquier.

Un médecin allemand décoré chevalier de la Légion d'honneur.

Un décret vient d'être signé portant la nomination au grade de Chevalier de la Légion d'honneur d'un docteur en médecine de Buffalo, M. le Dr MAX BREUER, sujet allemand ayant rang d'officier supérieur dans la réserve de l'armée allemande. Voici le récit des faits qui motivent cette décoration si parfaitement justifiée.

« Un jeune Breton, Adrien Clément, embarqué à bord d'un bateau pétrolier, le *Wild-Flower*, se rendant de Rouen à Philadelphie, eut en cours de voyage l'avant-bras droit pris dans un engrenage et broyé. Quelques jours plus tard, la gangrène envahissant la plaie, Clément se meurt. Alors, le maître de l'équipage, un Français, va trouver le capitaine et le supplie de remonter dans la direction du Nord, vers la ligne des grands paquebots où on aura chance de rencontrer du secours. Le capitaine consent. On pique vers le Nord et le lendemain matin à l'aube un paquebot anglais est aperçu. On lui fait des signaux de détresse. Il poursuit son chemin sans répondre. Une journée se passe encore, et vers le soir un bateau est en vue : c'est un paquebot postal allemand de la Compagnie hambourgeoise américaine, le *Russia*. Sur les signaux de détresse recommencés, le bateau stoppe. Il interroge — à distance de huit ou neuf cents mètres, la consigne étant de ne s'approcher des pétroliers qu'à cette distance. On lui répond : « Blessé à bord. Secours urgent. » La mer est démontée, et l'accostage sera dangereux. Le médecin du bord, un jeune homme de vingt-huit ans, nommé Max Breuer, n'hésite pas. Il demande un canot et huit volontaires. Et un quart d'heure après, la petite embarcation est à l'eau avec ses neuf braves. Du bastingage du *Wild-Flower* on jette une échelle de corde au médecin. Il grimpe et le voici en présence du blessé. Il exige d'abord qu'on transporte Clément dans la meilleure cabine du bateau, puis fait l'amputation de l'avant-bras. Le petit matelot est sauvé. Le capitaine s'approche du médecin : « Combien vous dois-je, docteur ? — Monsieur, répond l'étranger, le danger que nous courons en ce moment, mes hommes et moi, ne se paye pas avec de l'argent. »

Le maître d'équipage, Sabastiat, a entendu ces paroles. Il s'approche, pleurant d'émotion, remercie le Dr Max Breuer au nom des Français qui sont à bord. Les deux hommes se serrent la main longuement, puis le jeune médecin, regardant Sabastiat dans les yeux : « Je suis content, dit-il, d'avoir sauvé un Français. » Et, enjambant le bastingage, il dégringole le long de l'échelle de corde et retourne à son bateau. Une heure après, les deux bâtiments poursuivaient leur route. Rapatrié à

Rouen, le jeune Breton conta son histoire. Elle vint aux oreilles d'un avocat de cette ville, qui en fit une émouvante nouvelle que publia la *Revue Bleue*.

Entre temps, des démarches furent faites pour obtenir une récompense en faveur du jeune médecin allemand. Enfin, après huit années d'attente, le décret nommant M. Max Breuer chevalier de la Légion d'honneur a été signé il y a trois jours. Ce médecin exerce depuis plusieurs années la médecine à Buffalo, dans l'Etat de New-York. Il s'était épris en voyage d'une jeune Américaine, qui ne voulut être sa femme qu'à la condition qu'il la suivît dans son pays. Il l'a suivie, mais il reste sujet allemand, et quand, selon l'usage, on demanda récemment au Dr Breuer s'il était disposé à accepter cette distinction : « Aucune, répondit-il, ne m'honorera plus! Et je viendrai la chercher à Paris si on veut. » (*Gaz. méd. de Paris*).

Voyages d'études médicales aux eaux minérales.

Le voyage, qui aura lieu du 2 au 13 septembre, sous la direction de M. le Pr Landouzy, comprendra : Néris, la Bourboule, Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Durtol (sanatorium), Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues. Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence à la première station, Néris, comme pour retourner chez soi, au départ de la dernière station, Pougues. De Néris à Pougues, prix à forfait: 200 fr. pour tous les frais, chemins de fer, excursions en voiture, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1899; s'adresser à M. le Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, à Paris.

Coéducation des sexes : le Refuge du Dr Stephenson à Londres.

Le correspondant du *Temps* au Congrès international pour la répression de la traite des blanches qui vient de se tenir à Londres raconte une visite que les congressistes ont faite au Refuge du Dr Stephenson, dans les termes suivants :

« Nous n'avons rien de semblable en France, dit-il. Là sont recueillis et élevés ensemble les enfants des deux sexes moralement abandonnés. Cette coéducation a donné depuis trente ans des résultats si merveilleux que, d'après une statistique dressée par le docteur Stephenson, 2 0/0 seulement des enfants recueillis sont retournés à leur premier genre de vie. Et il est évident qu'en étudiant les moyens pédagogiques employés à *the Children's House* et en causant avec les enfants, on se rend parfaitement compte que la coéducation est admirablement comprise et ne peut que réussir.

« Nos directeurs d'orphelinats et de refuges feraient bien de passer quelques jours dans cet établissement pour voir comment on s'y prend pour rendre une maison attrayante, redresser les petits mauvais sujets, leur donner l'air franc et loyal, l'aisance, la bonne humeur, la gaieté qui ne se trouvent guère que chez les enfants élevés dans leur famille. Aussi, M. le sénateur Bérenger a-t-il pu dire, en remerciant et félicitant le docteur Stephenson au nom des délégués étrangers, qu'en voyant ces pupilles il avait cru, un moment, qu'on avait réquisitionné, pour donner le change aux visiteurs, les enfants de la bourgeoisie de West-End. »

Une fabrique de monstres à Londres.

Il a existé jadis à Londres un individu qui s'était fait fabricant de phénomènes! Au moyen de vivisections, suivies de « greffes » animales, il parvenait, dit-on, à transformer un animal ordinaire en une sorte de monstre. Chez lui s'approvisionnaient les directeurs des musées de foires. Cet individu, nommé Sheard, et qui se qualifiait « professeur », faisait aussi le phénomène humain. Mais, alors, il se contentait de produire des squelettes ou de soi-disant moulages. C'est ainsi qu'il montrait dans son atelier le petit nègre à deux têtes et quatre bras, la tête de femme à corne de chèvre, l'enfant à double face, l'enfant cyclope. Ce sont là les monstres qu'on a vus dans les musées forains. Sheard avait également reproduit pour les musées anatomiques de Londres le corps de ce monstre double qui naquit à Oxford il y a une trentaine d'années et dont parla le *Journal des Savants*. Ce monstre, du sexe féminin, avait deux têtes diamétralement opposées, quatre bras complets, un seul buste et deux jambes. Il reçut deux noms. L'une de ces deux têtes s'appelait Marthe, l'autre Mary. Marthe mourut la première et Mary un quart d'heure après.

Un cas non moins curieux est cet autre monstre qui avait deux têtes distinctes et superposées. L'une occupait la place et la position normales, l'autre était renversée sur la première et reposait sur le sommet. Ce phénomène vécut jusqu'à l'âge de quatre ans.

Le dit « professeur » Sheard, questionné sur le point de savoir s'il pourrait fabriquer des monstres vivants, répondit un jour avec un parfait sérieux que ce ne serait pas impossible ! ! ! « Certains faits à ma connaissance, dit-il, me donnent la conviction que le problème n'a rien d'insoluble; malheureusement les résultats seraient toujours incertains et l'on ne manquerait pas de stigmatiser une telle industrie comme criminelle; aussi je préfère m'en tenir aux reproductions plastiques. » Ce professeur avait assez raison! (*La Revue méd.* du 12 juillet 1899.)

Le féminisme en Allemagne.

Le mouvement féministe, en Allemagne, se poursuit avec des alternatives assez singulières de revers et de succès.

Les étudiants en médecine de l'Université de Halle ont adressé une violente protestation contre la concurrence que veulent leur faire les femmes dans la carrière médicale. Mais, immédiatement, la Ligue des femmes de Berlin a riposté par une adresse au Conseil fédéral de l'Empire, demandant l'admission complète des femmes aux études et examens médicaux. Déjà l'Université de Giessen permet aux étudiantes en médecine qui ont obtenu le baccalauréat de prendre leurs inscriptions régulières à la Faculté. Le gouvernement du grand-duché de Bade s'est également prononcé en faveur des étudiantes, qu'il met au concours pour le diplôme de médecin. A Berlin, l'administration préposée aux orphelinats va employer les femmes dans certaines fonctions. Par contre, l'administration des chemins de fer revient en arrière sur la voie du féminisme. Elle décide qu'à l'avenir ses employées du beau sexe auront un salaire inférieur de 100 à 200 marks à celui des hommes. (*Autorité.*)

NÉCROLOGIE

M. BALBIANI
Professeur au Collège de France.

La science française vient de faire une perte cruelle dans la personne de Balbiani, professeur d'embryologie comparée au Collège de France. Il est mort à 75 ans et, à le voir, on n'eût jamais cru qu'il fût aussi âgé : sa figure brune, intelligente, ses yeux vifs et perçants n'avaient pas changé avec les années. Tous nos lecteurs connaissent les magnifiques travaux de ce savant de la glorieuse pléiade qui entourait Cl. Bernard. Ses recherches d'histologie, de physiologie sont aujourd'hui classiques. Qui ne connaît sa découverte de la vésicule embryogène, ses travaux sur la parthénogenèse chez les pucerons? Il était loin de faire fi des applications de la science à l'industrie, ses recherches sur les maladies des vers à soie et sur le phylloxéra le prouvent bien. Il avait succédé à Coste au Collège de France et son enseignement avait pris une extension considérable.

Nous voudrions insister ici sur une rare particularité du caractère de Balbiani. Il pensait que la vraie récompense d'un savant consiste dans le succès de ses leçons et la notoriété de ses travaux. Bien que sollicité de toutes parts, il ne faisait partie d'aucune Académie et sa boutonnière ne portait aucune décoration. Non pas qu'il exprimât jamais quelque mépris violent pour ces sortes de distinctions, mais il les croyait peu efficaces pour l'avancement de l'esprit humain, il était partisan de leur suppression et comme il était impuissant à la réaliser pour les autres, il la réalisait pour lui-même sans fracas et sans vaines paroles.

Il avait peu d'élèves autour de lui; mais il était aimé et admiré par eux. C'était un déplorable protecteur. Il jugeait que chacun devait arriver par son mérite et je crois qu'on

chercherait vainement dans les cartons ministériels une lettre de recommandation signée par lui. Ses manières un peu austères avaient certainement fait de lui un isolé; mais il n'en avait cure; il partageait la manière de voir de Socrate et préférait une maison très petite, mais remplie de vrais amis.

X.

Voici quelques renseignements biographiques sur Balbiani : Issu d'une famille italienne de la région de Côme, les comtes Balbiani qui, aux siècles derniers, avaient tenu une place distinguée dans la noblesse milanaise, Balbiani était né à la Havane en 1823. Il fit ses études à Francfort-sur-le-Mein, vint étudier à Paris au Muséum où il devint, en 1865, préparateur de Cl. Bernard. Il succéda peu après à Coste au Collège de France. Il fut lauréat de l'Académie des Sciences à diverses reprises, reçut en 1887 le prix Petit-d'Armoy, fonda en 1897, avec Ranvier, les *Archives d'Anatomie microscopique*. Sauf la Société de Biologie dont il était un des membres les plus assidus, Balbiani refusa toujours de faire partie des Compagnies de savants dont les places sont si disputées; malgré les instances de ses collègues et de ses amis, il refusa toujours de poser sa candidature à l'Institut ou à l'Académie de Médecine.

FORMULES

IX. — Contre la coqueluche.

Bromoforme	ãã 2 grammes.
Teinture d'aconit	
— de droséra	
Alcool	
Glycérine	

X à XX gouttes par jour, selon âge. (Berlioz.)

Bromoforme	L gouttes.
Huile d'amandes douces	ãã 15 grammes.
Gomme arabique	
Sirop d'écorces d'oranges	
Eau distillée	Q. S. pour 120 cc.

Une à deux cuillerées à café matin et soir.

X. — Contre l'impétigo.

Acide salicylique	2 grammes.
Lanoline	50 —
Oxyde de zinc	ãã 24 —
Amidon	

(Brandis, *Nouv. Reméd.*)

XI. — Contre le sycosis.

Naphtol	5 à 10 grammes.
Savon vert	ãã 25 —
Craie précipitée	
Soufre lavé	
Lanoline	

(*Nouv. Remèdes.*)

XII. — Contre la laryngite catarrhale aiguë.

Acide borique	ãã 4 grammes.
Borate de soude	
Salol	
Menthol	0 gr. 12 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 — 08 —

Aspirer deux ou trois pincées toutes les deux heures.

Ou :

Acide phénique neigeux	1 gramme.
Menthol	0 gr. 40 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 — 10 —
Huile d'amandes douces	40 grammes.

Aspirer une cuillerée à café toutes les deux ou trois heures.

(S. Leduc, *in Arch. prov. de Chir.*).

Congrès de la Société italienne de Médecine interne. — Le dixième Congrès de la Société italienne de Médecine interne aura lieu à Rome du 23 au 26 octobre 1899.

Service de Santé des Colonies. — M. Lamy, médecin de 2e classe des colonies, a été inscrit d'office au tableau d'avancement à la suite des candidats pour le grade de médecin de 1re classe (services exceptionnels à la Côte d'Ivoire pendant l'épidémie de fièvre jaune).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 23 juillet au samedi 29 juillet 1899, les naissances ont été au nombre de 1183, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 440, illégitimes, 167. Total, 607. — *Sexe féminin* : légitimes, 409, illégitimes, 167. Total, 576.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 23 juillet au samedi 29 juillet 1899, les décès ont été au nombre de 948, savoir : 487 hommes et 461 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 8. T. 15. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 16, F. 13. T. 29. — Scarlatine : M. 3, F. 3, T. 6. — Coqueluche : M. 5, F. 7, T. 12. — Diphtérie. Croup : M. 0. F. 3, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 92, F. 65, T. 157. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 10, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 20, T. 39. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 34, T. 47. — Méningite simple : M. 16, F. 13, T. 29. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 22, F. 19, T. 41. — Paralysie, M. 6, F. 6, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 1, T. 3. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 24, T. 44. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 2, T. 5. — Bronchite chronique : M. 6, F. 9, T. 15. — Broncho-pneumonie : M. 8, F. 11, T. 19. — Pneumonie : M. 13, F. 8, T. 21. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 16, F. 14, T. 30. — Gastro-entérite, biberon : M. 54, F. 63, T. 117. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 5, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 11, F. 11, T. 22. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 3, T. 6. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Débilité congénitale, M. 20, F. 9, T. 29. — Sénilité : M. 4, F. 19, T. 23. — Suicides : M. 6, F. 6, T. 12. — Autres morts violentes : M. 20, F. 5, T. 25. — Autres causes de mort : M. 81, F. 57, T. 138. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 1, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 21, illégitimes, 13. Total : 34. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 7. Total : 27.

Enseignement durant les vacances. — *Clinique d'accouchements Tarnier* (89, rue d'Assas). — Pendant la période des vacances, M. Maygrier, agrégé, fera un cours de clinique d'accouchements à la Clinique Tarnier (89, rue d'Assas). Il commencera ce cours le mardi 8 août 1899, à 10 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Visite des malades tous les jours, à 9 heures. — Des cours pratiques d'accouchements avec manœuvres opératoires, seront faits pendant les mois d'août, septembre et octobre, à la clinique Tarnier. Chaque cours sera complet en un mois et aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, sous la direction de MM. les Drs Chavane, Chéron, Dubrisay, Perret, Schwaab. Le cours du mois d'août sera fait par MM. Dubrisay, Schwaab et commencera le mardi 1er août, à 4 h. 1/2. Le prix de chaque cours est de 50 fr. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la quittance du versement des droits. (Les étudiants devront présenter en outre la carte d'immatriculation). Les bulletins de versement relatifs au cours (et à la carte d'immatriculation, s'il y a lieu) seront délivrés au Secrétariat de la Faculté, les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures.

Clinique d'accouchements Baudelocque. — M. le Dr Potocki, accoucheur des hôpitaux, et M. le Dr Paquy, chef de Laboratoire, commenceront le vendredi 15 septembre, à 4 h. 1/2, un cours pratique d'accouchements, avec manœuvres opératoires. Ce cours sera complet en six semaines, et aura lieu tous les jours, à 4 h. 1/2, à la clinique Baudelocque. Les conditions d'admission à ce cours sont les mêmes que pour le précédent. — M. le Dr Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, et M. le Dr Funck-Brentano, chef de clinique, commenceront le mardi 1er août 1899, à 5 heures, un cours pratique d'accouchements, avec manœuvres opératoires. Ce cours sera complet en six semaines, et aura lieu tous les jours, à 5 heures, à la clinique Baudelocque.

Clinique chirurgicale de la Charité. — Pendant la période des vacances, M. J.-L. Faure, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à la Charité. Il commencera ce cours le lundi 31 juillet 1899, à 9 h. 1/2, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale (hôpital Necker). — Pendant la période des vacances, M. Mauclaire, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker. Il commencera ce cours le mardi 1er août 1899, à 9 h. 1/2, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Service de Santé militaire. — M. Claudot, médecin principal de 1re classe, est promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du service de santé militaire (organisation).

Sont promus : au grade de médecin principal de 1re classe : M. Hocquard, médecin principal de 2e classe ; désigné pour l'hospice mixte de Besançon. — Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Trifaut, médecin-major de 1re classe, maintenu à l'hospice mixte de Tarbes ; Février, médecin-major de 1re classe, maintenu à l'hôpital militaire de Nancy. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. les médecins-majors de 2e classe Ferratou, du 5e régiment de cuirassiers ; Gancel, du 13e régiment de cuirassiers ; Rivière, des troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam ; Rhein, de l'hôpital militaire de Bourges ; Sieur, professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé militaire ; Pitois, du 4e régiment de dragons ; Lapasset, de la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. les médecins aide-majors de 1re classe Lions, du 2e régiment de chasseurs d'Afrique ; Saltet, du 2e régiment du génie ; Visbecq, du 11e régiment d'artillerie ; Roqueplo, du 9e régiment de hussards ; Coupry, du 34e régiment d'artillerie ; Capillery, du 6e régiment de hussards ; Vidal, des hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Le Roux, des hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; Pourrat, du 16e régiment d'artillerie. — Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Vachat, pharmacien aide-major de 1re classe, aux hôpitaux militaires de la division d'Oran.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'Honneur : *Chevaliers* : MM. les médecins-majors de 1re classe Lemoine, au 32e régiment d'artillerie. Mandoul, au 107e régiment d'infanterie. Vaugy, au 136e régiment d'infanterie. Fix, à Oran. Guillemot, au 115e régiment d'infanterie. Amat, au 9e régiment d'infanterie. Atgier, au 151e régiment d'infanterie. Lacronique, au 3e régiment du génie. Vilmain, au 153e régiment d'infanterie. Baur, au 157e régiment d'infanterie. Berthier, à Amélie-les-Bains. Petit, au 11e régiment d'infanterie. Legagneur, au 2e régiment de zouaves. Brousse, au 1er régiment de zouaves. Godin, au 58e régiment d'infanterie. MM. les médecins-majors de 2e cl. : Guégan, des hôpitaux militaires de Tunisie. De Poul de Lacoste, au 78e régiment d'infanterie. Spite, au 11e escadron du train des équipages militaires. Dupuy, au 31e régiment de dragons. Monnot, au 15e bataillon de chasseurs à pied. M. le pharmacien-major de 2e classe Rémy, des hôpitaux militaires de Tunisie.

Médaille militaire. — *Infirmiers militaires* : MM. Dubreuil, sergent à la 15e section. Grillet, sergent à la 18e section. Pacull, sergent à la 20e section. Beaumont, adjudant à la 21e section. Michelon, adjudant à la 21e section.

Médailles d'honneur. — Ont obtenu les médailles d'honneur ci-après : *Médailles d'argent* : MM. Chastang et Meyras, infirmiers à la 21e section, hôpital militaire de Sétif : se sont distingués d'une façon toute particulière pendant l'épidémie de typhus exanthématique, de mars à mai 1899. — *Médailles de bronze* : MM. Bourgoin, infirmier à la 24e section. Gamaut, infirmier au 2e régiment de hussards. Infray, caporal infirmier, à Rouen Tardif, infirmier à la 3e section. Hamelin, infirmier au 89e régiment d'infanterie. Lemaire, infirmier à l'hospice mixte de Verdun. Blineau, infirmier au 150e régiment d'infanterie. Pasquier, infirmier au 160e régiment d'infanterie. Dupin, infirmier au 90e régiment d'infanterie. Vacher, infirmier au 62e régiment d'infanterie. Maingonnat, infirmier au 107e régiment d'infanterie. Roussel, infirmier au 121e régiment d'infanterie. Michaud, infirmier à la 21e section, hôpital militaire de Sfax. Se sont distingués par leur activité, leur zèle et leur dévouement à prodiguer des soins dévoués aux malades contagieux.

Sont nommés : *Officiers de l'Instruction publique* : MM. Chevrel, chef de travaux à la Faculté des Sciences de l'Université de Caen et chargé de cours à l'Ecole de Médecine ; Gémy, chargé de cours à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie d'Alger ; Guillet, professeur à l'Ecole de Médecine de Caen ; Ogier, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Officiers d'Académie : M. Thoury, chef de travaux à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Marseille.

Exercice illégal de la Médecine. — Vidal, qui était cité devant la 10e chambre pour exercice illégal de la médecine, et qui, du reste, a fait défaut, est cet ancien placier en huiles qui, nous l'avons raconté, avait réussi à se faire attacher au service du Dr Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière, en qualité d'élève volontaire. Tout le monde le croyait médecin ; il se disait, d'ailleurs, ancien médecin de la marine agrégé. Il s'annonçait même, parfois, comme le successeur du Dr Gougenheim, tant dans son service à l'hôpital que dans son cabinet médical. Cependant, au commencement de 1898, à la suite de certains renseignements, Vidal fut, sur-le-champ, expulsé de l'hôpital. Pendant le séjour qu'il y fit, Vidal opéra le nez et la gorge et donna des consultations, signa des ordonnances. Entre temps, il pratiquait des accouchements quand l'occasion s'en présentait. Il semble avoir recueilli environ pour 300 francs d'honoraires. Vidal a été condamné par défaut à un mois de prison et 1.000 francs d'amende. (*Le Temps*, du 23 juillet 1899.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de : M. le Dr Poncet (de Cluny), ancien directeur de l'hôpital du Val-de-Grâce, médecin principal de l'armée en retraite, auteur d'un remarquable ***Atlas d'ophtalmologie et d'anatomie pathologique***, en collaboration avec M. M. Perrin. — M. le Dr Gueslain (de Boulogne-sur-Mer). — M. le Dr Delavaut (de Dieue, Meuse). — M. le Dr Isaac Mayor (de Genève). — M. le Dr Ducelliez (de Paris).

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Souscription pour l'érection du monument du Dr O. Du Mesnil.

Le comité composé de MM. Nocard, de l'Académie de Médecine ; Tardu, conseiller d'arrondissement de Créteil, R. Renoult, avocat, J. Albert, conseiller municipal de Créteil, le Dr Duclos, rappelle que la souscription pour l'érection d'un monument à la mémoire du Dr O. Du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène de France, ancien maire de Créteil, etc., est ouverte et sera close le 15 août. Prière d'adresser les souscriptions à M. le Dr Duclos, 17, rue d'Odessa, à Paris.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 32. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 12 AOUT 1899.

Le Progrès Médical

ÉPIDÉMIOLOGIE

Epidémie de fièvre typhoïde à Bicêtre ;

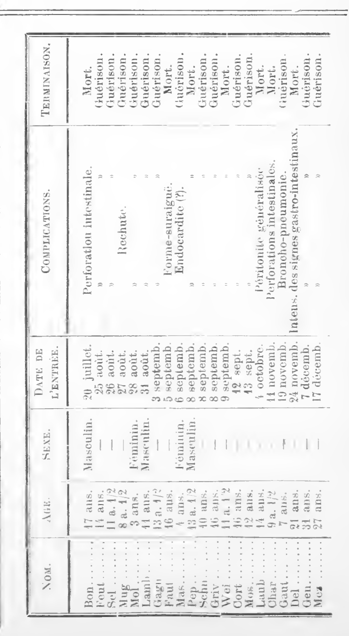
PAR **BOURNEVILLE ET CHAPOTIN**.

Depuis la fin du mois de juillet une épidémie particulièrement grave de fièvre typhoïde a sévi sur la section des enfants épileptiques et idiots de l'hospice de Bicêtre. Cette épidémie a atteint toute son intensité dans la dernière semaine du mois d'août et dans les deux premières semaines de septembre, et les derniers cas se sont produits dans le courant du mois de novembre 1898.

Le nombre de ceux-ci s'élève à 16 sur une population de 460 enfants, et à ce nombre nous devons joindre deux observations fournies l'une par l'enfant d'un infirmier habitant la section, l'autre par un infirmier du service. Tout le reste de l'hospice, administrés, personnel de tout grade, est demeuré indemne, sauf la 3me section (épileptiques adultes) où deux cas se sont produits.

Le tableau ci-contre donne une idée de la *marche* de l'épidémie.

Nous avons cherché à rapprocher de ce tableau celui des cas de fièvre typhoïde qui se seraient produits à l'hospice de Bicêtre dans ces vingt dernières années. La déclaration des maladies infectieuses n'étant devenue obligatoire que depuis le 30 novembre 1892, nous avons dû nous borner à relever les *décès* par fièvre typhoïde et nous ne nous illusionnons pas sur tout ce que peut avoir de défectueux une pareille statistique, de nombreux cas étant survenus, aussi bien dans le personnel médical que dans le personnel hospitalier et, parfois, les malades quittaient l'hospice et allaient se faire soigner au dehors.



NOM.	AGE.	SEXE.	DATE DE L'ENTRÉE.	COMPLICATIONS.	TERMINAISON.
Bon......	17 ans.	Masculin.	20 juillet.	Perforation intestinale.	Mort.
Fout......	14 ans.	—	25 août.	»	Guérison.
Sel......	11 a. 1/2	—	26 août.	»	Guérison.
Mug......	8 a. 1/2	—	27 août.	Rechute.	Guérison.
Mol......	3 ans.	Féminin.	28 août.	»	Guérison.
Lamb......	11 ans.	Masculin.	31 août.	»	Guérison.
Gagn......	13 a. 1/2	—	3 septemb.	»	Guérison.
Faut......	16 ans.	—	5 septemb.	Forme-suraiguë.	Mort.
Mas......	4 ans.	Féminin.	6 septemb.	Endocardite (?).	Guérison.
Pep......	13 a. 1/2	Masculin.	8 septemb.	»	Mort.
Schn......	10 ans.	—	8 septemb.	»	Guérison.
Griv......	16 ans.	—	8 septemb.	»	Guérison.
Wei......	11 a. 1/2	—	9 septemb.	»	Mort.
Cort......	16 ans.	—	12 sept.	»	Guérison.
Mos......	12 ans.	—	13 sept.	»	Guérison.
Laub......	14 ans.	—	4 octobre.	Péritonite généralisée.	Mort.
Char......	9 a. 1/2	—	11 novemb.	Perforations intestinales.	Mort.
Gaut......	7 ans.	—	19 novemb.	Broncho-pneumonie.	Guérison.
Del......	21 ans.	—	24 novemb.	Intens. des signes gastro-intestinaux.	Mort.
Gen......	31 ans.	—	7 décemb.	»	Guérison.
Mea......	27 ans.	—	17 décemb.	»	Guérison.

Nos	Noms.	Age.	Date du décès.	Origine.
1	Aux... Jean....	37 ans.	3 décemb. 1880.	Administré.
2	Liffr... Jean....	10 —	10 octobre 1881.	5e 3e
3	Lou.. François.	44 —	5 avril 1882.	Administré.
4	Tin... Pierre...	36 —	4 janvier 1883.	id.
5	Bos... Victor...	34 —	18 janvier 1884.	id.
6	Agn... Joséphe.	22 —	28 juillet 1884.	s.-surveillé.
7	Béran.. Joseph.	51 —	16 sept. 1891.	Administré.

Nous ne publierons pas l'observation complète de tous nos malades ; pour ceux qui ont guéri, nous nous bornerons à quelques indications sommaires en commençant par tous les malades épileptiques ou idiots de la quatrième section. Quant à ceux qui ont succombé, — sept — nous ne relaterons en entier que les observations de quatre d'entre eux qui nous ont semblé présenter un réel intérêt.

Observation I. — **Idiotie légère.**

Sommaire. — *Père : céphalalgies persistantes, intelligence faible, caractère bizarre, irascible, persécuté, onanisme même après le mariage. — Grand-oncle maternel, caractère original.*

Rougeole, coqueluche, pas de fièvre typhoïde antérieure, prolapsus du rectum, stomatite ulcéro-membraneuse, teigne tondante.

Feut..., (Robert), 14 ans, entré à l'infirmerie le 25 août. Malade depuis la veille. Il aurait eu la *diarrhée* la nuit précédente; se plaint de souffrir de la gorge. — *Soir :* T. R. 39°,7.

26 *août.* — *Matin* : T. R. 36°,8. Pas de céphalée, pas de délire ni de stupeur. — Toux légère, sèche, peu fréquente. — Langue saburrale, diarrhée assez abondante et fétide ; foie et rate hypertrophiés ; une tache rosée lenticulaire sur le côté droit de l'abdomen. — Pas d'albuminurie. — *Soir :* T. R. 40°.

Traitement : régime lacté, bains froids toutes les trois heures, chaque fois que la température dépasse 39°; deux lavements froids par jour.

L'état reste sensiblement stationnaire jusqu'au 2 septembre ; à ce moment la défervescence commence à s'effectuer, la diarrhée diminue d'intensité ; malgré cela le malade a l'air plus affaissé et présente une légère teinte subictérique.

Un peu plus tard (8 septembre), le malade est pris pendant quatre ou cinq jours d'un délire tranquille, léger et de courte durée.

La convalescence s'effectue sans rechutes, la reprise de l'alimentation se fait le 25 septembre et le malade quitte l'infirmerie le 14 octobre. Le total des bains froids s'est élevé à 52.

Obs. II. — **Idiotie légère.**

Sommaire. — *Père : tics nombreux durant la jeunesse, abcès froids au cou. Grand'mère paternelle emphysémateuse. — Mère : très nerveuse, migraineuse. convulsions dans l'enfance, dix grossesses dont trois fausses couches. Grand-père maternel asthmatique. Un frère tiqueux.*

Syncope durant la grossesse. — Convulsions, paralysie des membres inférieurs. — Marche à quatre ans. — Rougeole, scrofule, gourme ; pas de fièvre typhoïde antérieure.

Scl..., 11 ans et demi, entre à l'infirmerie le 26 août, se plaignant de mal de tête et de mal de gorge. Pas de signes locaux d'angine, pas de diarrhée, pas de troubles respiratoires. *Soir* : T. R. 39°, 3. Pendant plusieurs jours le malade n'offre aucune aggravation de son état général en dehors de l'élévation constante de la température qui atteint 40°, 1, le 30 septembre au soir. — Langue légèrement saburrale, *constipation*, céphalée persistante ; pas d'épistaxis, pas d'abattement ni de délire.

5 *septembre.* — Diarrhée légère en même temps que quelques *taches rosées* sur la partie inférieure de l'abdomen. T. R. 40°, 1. Pas d'albuminurie.

11 *septembre.* — La défervescence commence et s'effectue régulièrement sans accidents. Le malade quitte l'infirmerie le 5 octobre.

Traitement : Durant toute la période d'état de la maladie, le traitement a consisté en diète lactée, potion de Todd, bains froids toutes les trois heures ; leur nombre total s'élève à 36.

Obs. III. — **Idiotie légère.**

Sommaire. — *Pas de renseignements sur les antécédents.*

Mug..., 8 ans 1/2, est admis à l'infirmerie le 27 août se plaignant depuis la veille de douleurs de tête et de ventre. Pas de vomissements, constipation. Auscultation des poumons négative. — *Soir* : T. R. 39°,7. — *Traitement* : Régime lacté et bains froids.

État général stationnaire ; ni diarrhée, ni délire, ni stupeur. Vers le 5 *septembre* apparition de quelques *taches rosées* très discrètes sur l'abdomen , légère diarrhée. — A partir de ce moment la température baisse, la *défervescence* est complète le 10, et le malade commence à s'alimenter.

12 *septembre.* — La température remonte le soir à 38°, la diarrhée réapparait, cette petite rechute est terminée au bout de 7 jours.

25 *septembre.* — Reprise de l'alimentation, le malade sort guéri le 6 octobre. Le nombre des bains froids dans le cours de la maladie n'a pas dépassé 12.

Obs. IV. — **Débilité mentale et épilepsie.**

Sommaire. — *Père et mère: rien de particulier. — Grand-père maternel très nerveux mort d'un cancer de l'estomac. Convulsions à trois mois. — Céphalées fréquentes et rougeurs de la face. — Pas de maladies infectieuses.*

Lamb... (Louis), 11 ans, entré à l'infirmerie le 31 août, se plaignant de mal de tête. — Toux fréquente, et à l'auscultation râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine. — *Soir* : T. R. 39°,5.

Le lendemain diminution de la bronchite. — Langue blanchâtre, ballonnement du ventre, diarrhée peu abondante. *Soir*: T. R. 38°,9. Pas de délire ni de stupeur. — *Traitement*: Bains froids toutes les trois heures ; leur nombre n'a pas dépassé 10.

Les jours suivants, légère amélioration ; diarrhée peu intense ; bronchite persistante surtout au sommet gauche.

9 *septembre.* — La *défervescence* est effectuée, la convalescence suit son cours sans accidents et le malade sort guéri le 14 septembre.

Obs. V. — **Rachitisme. — Idiotie congénitale.**

Sommaire. — *Père, caractère emporté. — Grand'tante paternelle paralysée. — Tante maternelle morte tuberculeuse. — Mère migraineuse, très nerveuse. — Grand'père maternel alcoolique. — Oncle maternel mort tuberculeux. — Trois frères et sœurs morts de convulsions.*

Convulsions, rougeole, coqueluche, teigne tondante.

Gagn... (Etienne), 13 ans 1/2, entre à l'infirmerie le 3 septembre. Il serait malade depuis quelques jours, mais ne présente ni abattement ni stupeur, semble même plus éveillé que de coutume. Toux assez fréquente, râles de bronchite disséminés, prédominant aux bases. Langue normale, pas de vomissements, pas de sensibilité spéciale de l'abdomen, examen des urines impossible. — *Soir* : T. R. 39°,8.

4 *septembre.* — *Matin* : T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 40°,8.

6 *septembre.* — Signes stéthoscopiques diminués d'intensité. Quelques *taches rosées* sur la partie inférieure de l'abdomen; langue légèrement saburrale. selles régulières, pas de diarrhée. L'état général se maintient assez satisfaisant, pas d'abattement.

8 *septembre.* — Vomissements la veille ; apparition de nouvelles *taches rosées,* légère diarrhée. — Pouls rapide mais bien frappé.

10 *septembre.* — Etat général satisfaisant ; la défervescence semble s'effectuer régulièrement, pas d'aggravation des symptômes locaux. — La convalescence s'opère sans accidents. Exeat le 20 septembre.

Traitement : Diète lactée, bains froids au nombre de 10.

Obs. VI. — **Syphilis héréditaire ; idiotie congénitale.**

Sommaire. — *Père syphilitique, alcoolique. — Grand-père paternel, caractère violent. — Grand'mère maternelle cancéreuse. — Sœur morte de convulsions.*
État syphilitique de la mère pendant la grossesse. — Convulsions ; pyromanie.

Schn.... (Paul), 10 ans, entre à l'infirmerie le 8 septembre. Malade depuis quelques jours, mais ne pouvant fournir aucun renseignement sur le siège ou la nature de son mal. Perte de l'appétit, vomissements rares. Toux fréquente. — *Soir* : T.R. 39°.

9 *septembre.* — Nombreux râles de bronchite prédominant à gauche, où l'on perçoit au sommet de la submatité et des râles beaucoup plus fins. Langue humide, blanche au centre et rouge sur les bords ; pas de vomissements, pas de diarrhée, selles régulières. Pas d'épistaxis. Examen des urines impossible.

Jusqu'au 14 *septembre* la *température* baisse régulièrement, les signes stéthoscopiques diminuent peu à peu. Etat général stationnaire, l'enfant ne présente aucun abattement, se tient tout le jour assis sur son lit, balançant comme autrefois son corps d'avant en arrière.

14 *septembre.* — La température remonte le 15 au soir et atteint 38°, 9. Cependant on ne note pas d'aggravation de l'état général, pas de ballonnement du ventre, pas de taches rosées, pas de diarrhée. Puis la température recommence à descendre régulièrement, et le malade quitte l'infirmerie le 22 septembre.

Traitement : Diète lactée, potion de Todd, révulsifs locaux sur le thorax.

Il semble que ce malade soit entré à la période de défervescence de la fièvre typhoïde et qu'il ait fait ensuite une petite rechute. — Le diagnostic a surtout été posé d'après le milieu épidémique au sein duquel se sont déroulés les accidents.

Obs. VII. — **Idiotie légère ; surdi-mutité.**

Sommaire. — *Père eczémateux. — Grand'père paternel mort d'hémorragie cérébrale. — Arrière-grand'père maternel suicidé. — Trois frères et sœurs morts de convulsions.*
Convulsions ; coqueluche, pas de fièvre typhoïde ; glossite syphilitique (?) ; blépharite.

Griv... (Edouard), 16 ans, entre à l'infirmerie le 8 septembre. Malade depuis quelques jours. — *Soir* : T. R. 38°, 9. — Toux assez fréquente, bronchite légère. Langue blanche, pas de vomissements, un peu de constipation. Pas d'albuminurie. Céphalée assez intense, pas de délire.

Traitement : régime lacté et purgatifs ; bains froids toutes les trois heures : 11 dans le cours de la maladie.

9 *septembre.* — *Soir* : T. R. 39°, 9. Les jours suivants la bronchite devient plus intense en même temps qu'apparaissent la diarrhée et des taches rosées sur l'abdomen et les flancs. Céphalée persistante. La température reste stationnaire aux environs de 39°.

A partir du 16 septembre, amélioration notable ; la bronchite disparait, la diarrhée est peu abondante.

22 *septembre.* — Chute de la température. A dater de ce jour l'amélioration s'accentue, la convalescence se fait régulièrement et le malade sort guéri le 12 octobre.

Obs. VIII. — **Idiotie congénitale.**

Sommaire. — *Père syphilitique, alcoolique. Cousin imbécile. — Mère nerveuse. — Grand'mère maternelle alcoolique. — Grossesse accidentée par des chagrins. — Rougeole, pas de fièvre typhoïde antérieure.*

Cort..., (Jean,) 16 ans, entre à l'infirmerie le 12 septembre. C'est seulement depuis la veille que l'on s'est aperçu que l'enfant semblait malade. — Langue sèche et blanchâtre, pas de vomissements, pas de diarrhée. Pas d'épistaxis. — *Soir :* T. R. 40°, 2.

Le lendemain, râles de bronchite prédominant à gauche. Langue saburrale mais sans fuliginosités des lèvres ni des dents. Dans la fosse iliaque droite la pression révèle du gargouillement mais sans aucune douleur ; rate hypertrophiée ; diarrhée peu intense.

Les jours suivants, l'état général reste stationnaire ; le 15 septembre apparaissent quelques *taches rosées* disséminées sur la moitié droite de l'abdomen. La bronchite a diminué d'intensité.

17 *septembre.* — Les battements cardiaques semblent tumultueux mais cependant restent bien frappés.

19 *septembre.* — La *température* qui, la veille au soir, était à 39°,3 tombe brusquement à 36°,7 en même temps que tous les signes s'atténuent, et à partir de ce jour la convalescence s'effectue régulièrement, la température se maintenant toujours un peu au-dessous de 37° et le malade sort guéri le 23 septembre.

Traitement. Diète lactée, potion de Todd, bains froids au nombre de 18.

Obs. IX. — **Idiotie congénitale.**

Sommaire. — *Grand-père maternel interné à Bicêtre. Deux oncles maternels morts de convulsions ; six morts en bas âge ; un autre vivant, imbécile, a eu des convulsions. — Un frère a eu des convulsions.*
Frayeur très intense dans le cours de la grossesse. — Accouchement long. — Convulsions ; rougeole, scarlatine, coqueluche ; pas de fièvre typhoïde.

Mas... (Léon), 12 ans, conduit à l'infirmerie le 12 septembre. Depuis quelques jours, on s'est aperçu que l'enfant ne mangeait plus, était brûlant le soir. T.R. 39°,5.

Le malade ne peut fournir aucun renseignement. Les jours suivants, on n'observe ni apparition de taches rosées, ni diarrhée, ni modifications des bruits respiratoires. La langue est blanchâtre, non sèche, pas de délire ni de prostration. Le malade est continuellement assis sur son lit.

19 *septembre.* — La température, qui jusque-là avait oscillé autour de 39° présente des rémissions de 1°, 5 entre le matin et le soir. — Pas de modifications dans l'état général de l'enfant. Constipation nécessitant l'administration de lavements quotidiens ; pas de taches rosées ; quelques râles de congestion aux deux bases.

Du 24 septembre au 1er octobre la température se maintient autour de 39°, presque sans rémissions matinales, atteint même 40° le 28 au soir. Pas de modifications du côté du tube digestif. Râles de congestion persistant, peut-être un peu plus disséminés. Pas de troubles nerveux, pas d'abattement.

A partir du 1er *octobre* la courbe thermique présente à nouveau de grandes oscillations qui deviennent régulières dans les six derniers jours de la maladie.

19 *octobre.* — La température tombe à 37° et se maintient à ce niveau, atteignant même 36° le 25 octobre au soir. — On recommence alors l'alimentation du malade qui sort guéri le 29 octobre.

Traitement : A consisté uniquement en régime lacté absolu, potion de Todd, application méthodique de bains froids toutes les trois heures et chaque fois que la température dépassait 39° : leur nombre s'est élevé à 58.

Obs. X. — **Épilepsie.**

Sommaire. — *Père alcoolique. — Grand'mère paternelle alcoolique. — Mère très nerveuse. — Consanguinité. — Inégalité d'âge de dix ans.*
Grossesse, vifs ennuis, deux chutes. — Convulsions. — Onanisme à trois ans et demi. — Bronchite ; varicelle.

Gaut... (Marius), 7 ans, entre à l'infirmerie le 15 septembre. Toux fréquente, submatité à la base gauche, râles de bronchite généralisés. — *Soir* : T. R. 39°, 5.

Les jours suivants les signes pulmonaires s'accentuent et

le 19 novembre on observe les signes très nets d'une *broncho-pneumonie* localisée au poumon gauche. — Signes gastro-intestinaux nuls. — Le malade est traité par les bains froids ; la défervescence s'effectue en lysis et est complète le 29 novembre.

Après un ou deux jours d'apyrexie pendant lesquels on a recommencé à alimenter le malade, la température remonte. Pas d'aggravation des signes pulmonaires ; mais la langue devient saburrale, le ventre sensible avec une légère diarrhée ; rate hypertrophiée.

19 décembre. — Des *taches rosées* apparaissent disséminées sur l'abdomen, mais la diarrhée a presque complètement disparu.

27 décembre. — L'état général est assez satisfaisant ; la défervescence s'est effectuée d'une façon assez régulière, néanmoins à la base gauche persistent de la submatité et une respiration soufflante avec râles nombreux. Ce mode de respiration et la toux se sont prolongés jusqu'au 24 janvier, époque à laquelle le malade a quitté l'infirmerie.

Obs. XI. — **Idiotie myxœdémateuse.**

Sommaire. — *Grand-père maternel alcoolique. — Mère, rien de particulier. — Cousin germain, convulsions. — Tante maternelle convulsions de l'enfance, ainsi qu'un de ses enfants.*

Accouchement à 8 mois 1/2. — Première dent à 2 ans. — Prise du sein difficile. — Myxœdème.

Mol... (Léontine), 3 ans, née à Paris le 5 janvier 1896.

28 août. — Depuis deux ou trois jours a une diarrhée peu abondante mais fétide. — *Traitement* par le calomel et lavements laudanisés. — *Soir :* T. R. 38°,7. — Les jours suivants la température oscille autour de 39° ; la diarrhée devient plus abondante mais moins fétide ; pas de taches rosées, pas de sensibilité de l'abdomen.

3 septembre. — Diarrhée diminuée d'abondance. Aux deux bases et en arrière du thorax, râles fins disséminés, mais sans troubles fonctionnels. La température tombe aux environs de 38°.

L'état général reste assez satisfaisant, jusqu'au 12 septembre où la situation s'aggrave progressivement ; la température remonte, et atteint 39°,5 le 13 au soir. Il survient une toux persistante, une oppression assez marquée. — Pas de troubles digestifs ni de diarrhée. — Au niveau des deux incisives médianes inférieures, qui viennent de percer, on note une légère zone d'inflammation ; salivation abondante.

Vers le 20 septembre tous les accidents inquiétants ont disparu.

Obs. XII. — **Enfant normale.**

Mas... (Blanche), 4 ans, enfant normale, fille d'un infirmier habitant un des pavillons de la 4me section, c'est-à-dire en plein foyer épidémique.

6 septembre. — Se présente à la consultation ; depuis un ou deux jours se plaindrait de maux de tête, inappétence, épistaxis peu abondante.

8 septembre. — L'état général s'est aggravé sensiblement : céphalée persistante avec insomnie ; pas de délire ni de convulsions. Langue jaunâtre au centre, rouge sur les bords, anorexie, pas de vomissements, ballonnement du ventre, une ou deux taches rosées, diarrhée. — Quelques râles de congestion surtout à gauche et en arrière ; bruits du cœur normaux. Pas d'albuminurie. — *Soir :* T. R. 39°.

Jusqu'au 18 septembre la température se maintient aux environs de 40° sans modifications bien appréciables des symptômes locaux ni généraux. A partir de ce moment, la température tend à baisser aux environs de 39° en même temps qu'on note une amélioration de l'état général.

21 septembre. — La température monte le soir à 40°,1 ; le 22 à 40°,5. Le 23, l'auscultation du cœur permet d'entendre très nettement un souffle systolique siégeant à la pointe et pouvant faire craindre une lésion organique. Battements du cœur précipités, mais bien réguliers ; pouls bien frappé. Défervescence assez régulière de la température jusqu'au 26 septembre.

27 septembre. — Chute brusque à 36°,6. Battements du cœur affaiblis, pouls petit et misérable, pas d'irrégularités. — Pas de sensibilité ni de ballonnement de l'abdomen, pas de vomissements. Injection d'*un litre de sérum artificiel* en deux fois ; injection d'un gramme de caféine. Le *soir* la température remonte à 39°,4.

Les injections de sérum et d'un gramme de caféine sont continuées pendant trois jours ; la température oscille entre 38° et 39° jusqu'au 4 octobre.

4 octobre. — 0 gr. 50 de sulfate de quinine. La température tombe aux environs de 37° et la convalescence s'achève sans accidents.

Le *traitement* général a consisté en diète lactée, bains froids toutes les trois heures ; mais l'enfant était soignée dans sa famille, et le traitement n'a pas toujours été appliqué avec toute la rigueur désirable.

Obs. XIII. — **Épilepsie.**

Gen... (Pierre), 31 ans. — Malade depuis le 7 décembre. Forme atténuée de dothiénentérie ; marche régulière de la maladie. Guérison. — Traitement par les bains froids.

Obs. XIV. — **Épilepsie.**

Mez... (Auguste), 27 ans. — Malade depuis le 17 décembre. État typhoïde peu marqué ; l'agitation du malade empêche de suivre régulièrement la marche de la température. Guérison.

Comme nous l'avons annoncé en commençant, nous nous sommes bornés dans les observations précédentes au seul exposé de la marche de la fièvre typhoïde. Dans les suivantes, concernant les malades décédés, nous ferons de même dans quatre cas où rien de particulier ne nous a semblé à noter. Quant aux trois autres, par le long temps pendant lequel les malades ont pu être suivis, — antérieurement à leur fièvre typhoïde, par les complications qui ont entraîné la mort, par l'intérêt des autopsies, elles nous ont paru mériter d'être publiées en entier.

Obs. XV. — **Épilepsie.**

Sommaire. — *Père divorcé, caractère très emporté. Un oncle paternel mort épileptique. — Mère, pied bot congénital. — Inégalité d'âge de 32 ans.*

Le malade : pied bot congénital à gauche. — Convulsions. — Rougeole, scarlatine, pas de fièvre typhoïde antérieure. — Accidents scrofuleux.

Fant... (Marcel), 16 ans entre à l'infirmerie le 5 septembre. Malade depuis la veille, se plaint de mal de tête et de coliques. — *Soir :* T. R. 40°, 5.

6 septembre. — Se plaint toujours de mal de tête ; délire peu bruyant, insomnie. — Langue large, étalée, sèche et recouverte d'un enduit jaunâtre ; anorexie complète ; ventre météorisé, quelques taches rosées ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; diarrhée abondante. — Pas de toux ; un peu de congestion pulmonaire en haut et à droite. Pouls plein et rapide. Urines albumineuses. — Dans l'après-midi, épistaxis abondante.

7 septembre. — *Matin :* T. R. 39°, 9. — *Soir :* T. R. 41°,2.

9 septembre. — L'état général s'aggrave de plus en plus. Délire assez intense mais peu bruyant. — Langue sèche, rôtie, desquamée : pas de vomissements ; nouvelles taches rosées ; diarrhée abondante et continue. — Respiration courte et précipitée ; congestion intense occupant surtout le poumon droit ; pas de toux. — Bruits du cœur rapides et faibles : pouls petit, irrégulier ; extrémités légèrement cyanosées et froides. T. R. 40°, 2 et 40°.

Traitement. — Injections de 1 gr. 50 de caféine et d'un litre de sérum artificiel en vingt-quatre heures.

10 septembre. — Même état. Rythme embryocardique du cœur. T. R. 40°, 9. — Même traitement, injection d'huile camphrée en plus. — Dans le cours de la journée, les bruits

deviennent de plus en plus faibles, les battements du pouls incomptables. Le malade tombe dans le *coma* et meurt le 11 à 9 heures du matin. T. R. après la mort : 40°, 5.

Traitement : diète lactée, potion de Todd, deux lavements froids par jour, bains froids au nombre de 39. — Opposition à l'autopsie (1).

Obs. XVI. — **Myopathie progressive.**

Sommaire. — *Grand-père paternel alcoolique. — Mère morte tuberculeuse. Grands-parents maternels tuberculeux. — Quatorze oncles et tantes morts en bas-âge; un mort idiot et présentant la même affection que le malade. — Trois frères et sœurs morts de méningite. — Pas de consanguinité.*

Cyanose à la naissance. — Convulsions à dix mois. — Rougeole, varicelle, pleurésie droite à l'âge de 8 ans.

1897. — *Éruption de rubéole. — Décollement de l'épiphyse inférieure du fémur gauche, d'origine traumatique.*

Pep... (Léon), 13 ans et demi, est amené à l'infirmerie le 8 septembre à trois heures et demie de l'après-midi. Serait malade depuis plusieurs jours. — Au moment de l'entrée, T. R. 39°, 8. — A six heures du soir, T. R. 40°. — Diarrhée dans la nuit ; mort le 9 septembre à 7 heures du matin.

L'autopsie faite 5 heures après le décès permet de constater sur la portion terminale de l'intestin grêle la présence de cinq ou six plaques de Peyer tuméfiées. Pas de perforations intestinales (2).

Obs. XVII. — **Épilepsie.**

Sommaire.— *Père, f. intermittentes, excès de boisson, tremblement des mains.— Grand-père paternel alcoolique.— Arrière-grand'mère paternelle morte en enfance.— Grand-oncle paternel mort d'apoplexie. Oncle paternel mort alcoolique. — Cousins et cousines morts de convulsions, de méningite; un autre a été interné à Bicêtre à l'âge de 7 ans* (3).— *Mère très nerveuse, convulsions dans l'enfance, migraines au moment des règles, mouvements involontaires dans les bras et le pied gauche.— Grand-père, deux arrière-grands-pères, grand-oncle maternels alcooliques. — Un grand-oncle mort de convulsions. — Une tante a eu des convulsions ; sujette à des crises nerveuses. — Cousins morts de méningite : un est arriéré. — Sœur morte de méningite. — Pas de consanguinité.*

Pas de rapports dans l'ivresse. — Frayeur pendant la grossesse. — Convulsions à six mois. — Vertiges à treize mois. — Rougeole à un an. — Bronchite légère à dix-huit mois. Pas de fièvre typhoïde antérieure.

Wei... (Georges), 11 ans 1/2, entre à l'infirmerie le 9 septembre. — Pas de renseignements sur la date du début de la maladie ; l'enfant se présente avec une langue blanchâtre un peu sèche, une diarrhée légère : pas de vomissements, de ballonnement du ventre ni de taches rosées ; légère hypertrophie de la rate. Pas d'épistaxis, toux légère, sans signes stéthoscopiques nets. Examen des urines impossible. — *Soir* : T. R. 40°,5.

12 *septembre*. — État saburral de la langue et fuliginosités des dents ; haleine très fétide ; pas de sensibilité de l'abdomen, pas de taches rosées ; la diarrhée a cessé depuis la veille. Le malade ne tousse pas, mais l'examen du thorax révèle de la submatité aux deux bases en même temps que l'affaiblissement du murmure respiratoire à ce niveau et quelques râles disséminés dans toute l'étendue des deux poumons. Pouls faible et misérable, extrémités refroidies et cyanosées. Profond état de torpeur. — Injections de caféine.

14 *septembre*. — État stationnaire ; selles régulières, sans diarrhée. La *température* oscille autour de 40°.

17 *septembre*. — Dans la journée *convulsions limitées au côté droit*. Le soir la température remonte à 40°,6.

18 *septembre*. — L'état général baisse de plus en plus : respiration embarrassée et très faible ; constipation ; pouls à peine sensible, extrémités cyanosées. — Traitement : injections de caféine et de sérum artificiel.

22 *septembre*. — La prostration devient de jour en jour plus profonde. *Convulsions épileptiformes* prédominant du côté droit. — *Soir* : T. R. 40°,9. (*Fig.* 12.)

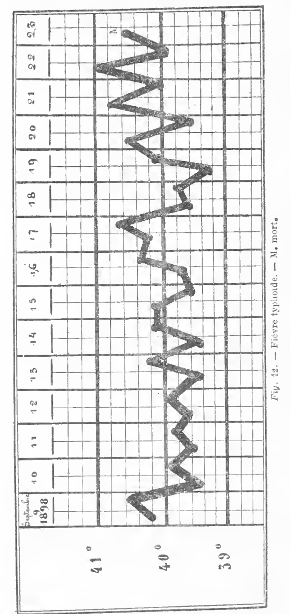


Fig. 12. — Fièvre typhoïde. — M. mort.

23 *septembre*. — Matin : T. R. 40°.5. Mort dans le coma.

Traitement. Régime lacté, lavements froids, bains froids toutes les trois heures au nombre de quatre-vingts. Contrairement à ce que nous avons observé dans les cas de guérison, la température après chaque bain s'abaissait en général d'un degré à peine.

Température après la mort.

	Corps.	Chambre.
Aussitôt la mort	40°2	18°
1/4 d'heure après la mort	39°	18°
1 heure après la mort	38°5	18°
2 heures — —	37°	17°
3 — — —	35°	17°
5 — — —	20°	18°
8 — — —	18°	18°

Autopsie pratiquée vingt-huit heures après le décès. — Tête. *Cuir chevelu* maigre et pâle. — *Crâne* allongé, les os sont peu durs, larges plaques transparentes au niveau des angles

(1) Dans tous les hôpitaux, le règlement devrait autoriser l'*autopsie* comme droit absolu des médecins.

(2) Notre remplaçant, M. le Dr Nageotte, médecin *suppléant* de Bicêtre, a demandé que l'autopsie fût faite avant le délai réglementaire de 24 heures, en raison de la rapidité de la mort.

(3) Idiotie congénitale par arrêt de développement des circonvolutions du cerveau (Guill... Fernand).

des pariétaux. Entre ces plaques et la suture frontale, il existe sur la face externe du crâne une *dépression* assez marquée. Les sutures persistent sur les deux faces et sont très finement dentelées; de plus, la suture inter-pariétale décrit plusieurs courbes à rayons assez grands dans sa moitié antérieure. Les sutures pariéto-occipitales sont très sinueuses. — Nombreuses adhérences de la *dure-mère* au crâne. — Les différentes fosses de la base du crâne ainsi que les différentes parties de la base de l'encéphale, artères et nerfs, paraissent normales et symétriques. — Liquide céphalo-rachidien en quantité normale.

Hémisphère gauche. Epaississement très marqué de la pie-mère le long de la scissure de Sylvius et du sillon de Rolando.

Hémisphère droit. Pie-mère très injectée et épaissie au niveau de la scissure de Sylvius; la décortication est très difficile et entraîne des fragments du manteau cérébral qui semble être le siège d'une légère inflammation.

Des deux côtés, surtout à droite, les *lobes frontaux* sont formés de *circonvolutions assez grêles* avec des *sillons superficiels,* des plis de passage rares. Les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes sont bien développées et très asymétriques. Les plis pariétaux inférieurs et supérieurs sont tout-à-fait dissemblables sur les deux hémisphères. Il en est de même des *lobes temporaux* dont les circonvolutions sont grosses, unies, presque rectilignes à droite, alors qu'elles sont moins volumineuses, sinueuses et sillonnées à gauche. Les circonvolutions des *lobes occipitaux* sont assez grêles mais plus symétriques. On note la même asymétrie sur la face interne des deux hémisphères. La circonvolution du corps calleux et la circonvolution frontale ont un aspect grossièrement chagriné à gauche qu'on ne trouve pas à droite.

Thorax. — Adhérences assez récentes des deux feuillets de la *plèvre droite* à la base; pas d'épanchement liquide. *Poumon droit* fortement congestionné à la base. Lobe inférieur du *poumon gauche* très congestionné; la pression fait sourdre un liquide purulent. — *Ganglions trachéo-bronchiques* engorgés.

Abdomen. — *Rate* grosse et diffluente. — *Plaques de Peyer* tuméfiées, au nombre de six dans la portion terminale de l'*intestin grêle.* Pas de perforation.

Poids des organes.

Cerveau	940 gr.
Hémisphère cérébral droit	470
— — gauche	470
Cervelet et isthme	160
Hémisphère cérébelleux droit	70
— — gauche	70
Bulbe et protubérance	20
Liquide céphalo-rachidien	Petite quantité.
Moelle épinière	25
Corps thyroïde	15
Thymus	Pas.
Cœur	100
Poumon droit	365
— gauche	290
Foie	930
Rate	120
Capsule surrénale droite	5
— — gauche	5
Rein droit	70
— gauche	75
Pancréas	41

(*A suivre.*)

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour les prix à décerner en 1899 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices. — Concours de chirurgie et d'accouchements.* — L'ouverture de ce Concours aura lieu le jeudi 14 décembre 1899, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 16 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au Secrétariat général au plus tard le 17 octobre, à trois heures, dernier délai.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le faisceau pyramidal dans les diplégies cérébrales infantiles.

Dès les premiers travaux sur l'hémiplégie cérébrale infantile nous voyons signalée une atrophie de la pyramide bulbaire du côté opposé à celui de l'hémiplégie. Turner et Cotard avaient même remarqué une atrophie unilatérale de la moelle ne s'accompagnant pas de la coloration grise qui caractérise à l'état frais la sclérose des faisceaux blancs médullaires. Si Cotard signale, en outre, dans certains cas l'absence de lésion médullaire, il ne faut pas malheureusement attacher une grande importance à de simples constatations microscopiques ainsi que le prouve son observation XXIII, et nous devons attendre les progrès de la technique histologique, l'apparition des nouvelles méthodes de coloration pour voir approfondie et fouillée l'anatomie pathologique des diplégies cérébrales par les travaux de Ross, Sachs, Marie et Jendressick, Strumpell, Auton, Gierlich, Ganghofner, Mya et Lévy, etc. M. Bourneville a bien voulu nous confier le soin d'examiner quinze moelles d'enfants ayant présenté une rigidité spastique, plus ou moins généralisée, soit avec naissance avant terme, soit avec naissance laborieuse, soit avec début dans les premiers mois de l'existence. Ces enfants étaient atteints de contractures spastiques avec exagération des réflexes et non de pseudo-contractures si fréquentes dans l'idiotie; les moelles ont été étudiées par les méthodes du picro-carmin, de Van Giesen, de Weigert-Pal, de Marchi et de Nissl.

Au préalable, nous avions eu soin de bien établir l'état du faisceau pyramidal de l'enfant normal depuis la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans, reprenant par suite les recherches publiées par Hervouet dans les *Archives de Physiologie de* 1884.

Nos conclusions sont un peu différentes des siennes. La moelle ne doit pas être étudiée par la méthode de Weigert-Pal, beaucoup de fibres pyramidales n'ayant pas encore une gaine de myéline ou possédant une gaine de myéline se colorant mal, condition qui rend difficile une décoloration uniforme de gaines d'âge et de maturité différentes. La coloration par le picro-carmin met au contraire à la fois en évidence: cylindraxe, gaine, névroglie, vaisseaux. Vers l'âge de 3 mois, la moelle présente vers le milieu de la face latérale, une légère incurvation au point de pénétration des vaisseaux, incurvation que nous avons pu voir se transformer en un véritable sillon latéral chez deux moelles de diplégiques. Les fibres du faisceau de Foville sont parfaitement développées. Brusquement on passe dans le territoire du faisceau pyramidal qui ne présente pas à l'état normal l'hyperplasie névroglique signalée par Hervouet. Les cylindraxes sont très petits et par place on aperçoit des cylindraxes plus volumineux qui doivent être des fibres d'association, car la pyramide bulbaire ne renferme que de très fins cylindraxes; les plus volumineux mesurent $0^{mm}006$ et les plus grêles $0^{mm}0018$; nous avons pu compter 16 à 18 cylindraxes dans une superficie de 324 millimètres carrés. Les fibres des cordons postérieurs sont au contraire mieux développées et mesurent environ $0^{mm}0054$.

de diamètre. Une différence aussi sensible entre les cylindraxes moteurs pyramidaux centrifuges et les cylindraxes centripètes (cordons postérieurs, faisceau cérébelleux) persiste longtemps ; mais peu à peu le volume des fibres pyramidales augmente et vers l'âge de 4 ans nous a paru avoir atteint un développement complet. Nous verrons plus loin l'importance de ces recherches.

En possession de ces moelles normales qui nous servaient en quelque sorte d'étalons, nous avons abordé l'étude de nos 15 cas de diplégies cérébrales. Le détail de ces examens est rapporté dans notre thèse inaugurale (1) et, à cette place, nous ne désirons que consigner le résultat de leur examen comparatif.

D'une manière générale, les auteurs ont signalé deux états pathologiques, du faisceau pyramidal dans les diplégies cérébrales, l'agénésie ou la dégénérescence secondaire. Le moment d'apparition de la lésion cérébrale est capital dans l'espèce. Le cerveau est-il lésé pendant la vie intra-utérine, avant que les cylindraxes aient atteint le bulbe, les cellules d'origine du faisceau pyramidal sont-elles détruites par un foyer de porencéphalie avant que leurs cylindraxes aient atteint le pont, la pyramide bulbaire n'existera jamais, fera défaut par non formation, par agénésie ; aussi dans le cordon latéral de la moelle constaterons-nous une diminution du nombre des cylindraxes, mais sans sclérose névroglique interstitielle, sans corps granuleux, sans épaississements des gaines vasculaires. Au contraire le faisceau pyramidal est-il lésé sur un point quelconque de son trajet alors qu'il a pénétré dans le faisceau latéral de la moelle, il dégénérera comme dans l'hémiplégie de l'adulte par le processus bien connu de la dégénérescence secondaire. A l'agénésie correspondrait la porencéphalie vraie de la région motrice avec circonvolutions radiées vers le porus et communication avec le ventricule latéral, à la dégénérescence la pseudo-porencéphalie, la méningo-encéphalite, la sclérose lobaire.

Il est certain que quelques auteurs signalent dans le faisceau latéral une diminution du nombre des cylindraxes sans trace de plaque scléreuse, mais avec des porencéphalies vraies de la région rolandique nous avons trouvé dans deux cas une sclérose très dense du faisceau pyramidal tandis qu'une méningo-encéphalite ou une hydrocéphalie ne se sont traduites que par une sclérose légère, par cette lésion que les auteurs désignent sous le nom d'agénésie. Nous croyons que ces auteurs n'ont pas suffisamment porté leur attention sur le parachèvement du faisceau pyramidal et raisonné ainsi à tort sur un faisceau du nouveau-né comme sur un faisceau de l'adulte. Si l'on veut bien se rappeler combien sont petits les cylindraxes et combien minces leurs gaines, on comprendra facilement que le processus de dégénérescence doit être différent chez le nouveau-né et chez l'adulte. Si l'enfant succombait quelques mois après l'apparition du processus cérébral, la méthode de Marchi pourrait trancher le problème. Mais d'une part les corps granuleux doivent être en petit nombre puisque la myéline est en faible quantité, d'autre part l'enfant succombe plusieurs années après le début de la maladie, enfin il est très possible que la lésion cérébrale continue son évolution plusieurs mois ou même plusieurs années durant, crée ainsi une dégénérescence en quelque sorte fibre par fibre avec formation de corps granuleux. Ces nombreuses raisons nous expliquent le résultat médiocre que donne la méthode de Marchi appliquée à l'étude du faisceu pyramidal des diplégies cérébrales. Nous avons noté des corps granuleux dans une porencéphalie vraie et au contraire l'absence de corps granuleux chez trois malades dont l'affection cérébrale était survenue cliniquement après la naissance. En résumé, nous avons toujours trouvé une tache de sclérose dans le faisceau pyramidal, aussi bien dans les porencéphalies vraies que dans les méningo-encéphalites ; on ne peut donc d'après le seul aspect du faisceau pyramidal déterminer la date d'apparition de sa lésion.

Nous signalons l'intégrité relative des cellules des cornes antérieures. La corne antérieure est parfois asymétrique, grâce à l'atrophie du faisceau latéral, ses cellules motrices peuvent être légèrement diminuées en nombre et en volume, mais la méthode de Nissl n'a pas décelé des lésions, un état particulier des éléments chromatophiles qui serait le substratum anatomique de l'exagération du tonus de la cellule de la corne antérieure, du strychnisme de la cellule motrice médullaire, selon l'expression de Charcot. Enfin les moelles des diplégies cérébrales peuvent présenter des altérations surajoutées ne relevant nullement des altérations cérébrales. Ainsi, nous avons pu constater dans un cas de double porencéphalie vraie une sclérose des cordons de Goll, dans un autre cas, une pie-mérite médullaire prononcée. Ganghofner rapporte un cas semblable à notre premier cas dans le *Zeitschr. für Heilk.* de 1896.

Chez tous nos malades, nous avons constaté une sclérose du faisceau latéral, altération unilatérale très prononcée dans deux cas, dont une porencéphalie vraie et une pseudo-porencéphalie, altération bilatérale très prononcée dans quatre cas dont trois porencéphalies vraies et une méningo-encéphalite, altération peu prononcée dans trois cas dont une hydrocéphalie et deux méningo-encéphalites, altération légère dans six cas, dont une hydrocéphalie, une sclérose atrophique et quatre cas de méningo-encéphalite.

Ces lésions ne sont souvent bien visibles que dans le renflement cervical et les pyramides bulbaires ; elles passent facilement inaperçues si l'on emploie la méthode de Weigert-Pal qui ne montre, en effet, que des dégénérescences assez compactes, mais se montrent constantes si on colore les coupes par le picro-carmin ; or, nous avons dit qu'une moelle normale ne présentait jamais une hyperplasie névroglique. En employant la coloration par le picro-carmin, nous avons trouvé dans tous nos cas une altération du faisceau pyramidal, mais avec tous les degrés variant depuis l'absence plus ou moins complète du faisceau moteur jusqu'à la simple dysgénésie avec diminution du volume des cylindraxes et légère hyperplasique névroglique, toutes lésions relevant d'une altération variée des hémisphères cérébraux, porencéphalies, méningo-encéphalites, etc. L'insuffisance fonctionnelle invoquée par certains auteurs pour expliquer la spasticité des diplégies cérébrales sans

(1) Cestan. — Le syndrome de Little. Thèse Paris, 1899. Steinheil.

lésion du faisceau pyramidal est, au contraire, toujours représentée, à notre avis, par une insuffisance organique réelle que met seule en évidence la coloration par le picro-carmin.

Mais il est intéressant de comparer les lésions du faisceau moteur d'intensité si différente, d'une part, avec les lésions cérébrales, d'autre part, avec le degré de spasticité présenté par les malades.

Le rapprochement avec les lésions cérébrales nous a prouvé que l'intensité et la localisation du processus cérébral commandent absolument les lésions du faisceau pyramidal, sans que le simple examen des lésions médullaires permette de juger de la qualité du processus cérébral. La même lésion médullaire, soit dysgénésie, soit dégénérescence complète, peut être produite par une altération variée de l'écorce, pourvu qu'elle atteigne la région rolandique; l'altération médullaire va être proportionnée à l'altération de l'écorce cérébrale. Nous ne connaissons pas, en effet, d'autopsie décelant des lésions du faisceau pyramidal sans lésions cérébrales, tandis que nous avons trouvé des lésions cérébrales avec altération très légère du faisceau moteur volontaire. Nous avons, en effet, montré dans un travail antérieur, qu'une myélite transverse, ou une hématomyélie congénitales peuvent créer des paraplégies spastiques simulant une maladie de Little, mais non la maladie de Little telle que l'auteur l'a décrite. On a voulu différencier la maladie de Little des diplégies cérébrales par l'absence de troubles intellectuels et par les guérisons constatées dans la première maladie. Nous avons essayé de démontrer ailleurs que la clinique ne paraissait pas autoriser une semblable opposition. L'anatomie pathologique vient confirmer cette idée et montrer que la cause réelle de la maladie de Little est une altération de l'écorce cérébrale. Elle nous prouve, par l'étude des porencéphalies vraies, que lorsqu'un faisceau pyramidal est à jamais détruit, il n'est pas suppléé par un nouveau faisceau ayant pris naissance sur un autre point de l'écorce cérébrale; elle nous montre que la présence de tel ou tel trouble dépend du siège de la lésion, troubles moteurs, altération de la zone motrice, troubles intellectuels, altération du lobe frontal. Enfin l'observation de Myo et Lévy met en évidence ce fait capital, que toute altération du faisceau pyramidal si minime soit-elle, dépend d'une altération de ses cellules d'origine, des cellules pyramidales de la région rolandique.

Il est encore un point très important à signaler, le défaut de corrélation entre l'intensité de la spasticité présentée par le malade et le degré de l'altération du faisceau latéral. Nous avons examiné, en effet, six malades atteints de rigidité spastique à des degrés variables et dont le faisceau pyramidal présentait simplement une dysgénésie avec hyperplasie légère névroglique, lésion visible seulement par coloration au picro-carmin; nous avons pu retrouver plusieurs cas semblables publiés en 1885, par M. Marie, dans les *Archives de Physiologie*, en 1887 par Kurella dans le *Centralblatt f. Nervenh*, en 1895 par Gaughofner, en 1892 par Railton, en 1896 par Myo et Lévy. Voilà une donnée très importante pour éclaircir les rapports qui unissent la contracture spasmodique et la sclérose du faisceau pyramidal : la spasticité plus ou moins sévère présentée par le malade ne peut nous renseigner d'une manière certaine sur l'intensité des lésions aussi bien corticales que médullaires; peut-être ce problème clinique aura-t-il eu une solution lorsque nous connaîtrons parfaitement le rôle du faisceau pyramidal et le mécanisme de production de la contracture post-hémiplégique.

En résumé, au point de vue clinique, tous nos malades présentaient de la rigidité spastique, étaient atteints de troubles intellectuels allant de la simple diminution de l'intelligence à l'idiotie la plus complète, avec ou sans attaques épileptiformes, avec ou sans naissance prématurée, à début soit congénital, soit dans les premiers mois de l'existence. L'autopsie a mis en évidence des lésions cérébrales très diverses, porencéphalies, pseudo-porencéphalies, scléroses, méningo-encéphalite, anomalie des circonvolutions ayant eu comme conséquence des altérations très variables de la voie motrice, depuis la simple dysgenésie avec légère hyperplasie névroglique jusqu'à la sclérose complète et bilatérale. Cependant, si la clinique a pu nous permettre de localiser les lésions cérébrales, elle a été insuffisante pour prédire la date d'apparition et la qualité de ces lésions, elle a été insuffisante pour prédire l'état du faisceau pyramidal, dont l'altération est toujours subordonnée à l'altération de la zone rolandique et n'est pas toujours en rapport avec l'intensité des phénomènes spastiques présentés par le malade.

R. Cestan,
Chef de clinique à l'hospice de la Salpêtrière.

Les diarrhées infantiles dans la classe pauvre de Paris.

Les diarrhées infantiles sont les maladies les plus fréquentes et les plus dangereuses qui se manifestent à cette époque caniculaire. Dans la dernière semaine, à Paris, 146 enfants au-dessous de cinq ans ont succombé à cette affection et parmi eux 117 nourrissons, élevés au biberon, et 7 nourrissons seulement élevés au sein. Dans la plupart des cas la rapidité de l'evolution de la maladie laisse le médecin impuissant. La diète hydrique, les injections de sérum artificiel sont les seules ressources thérapeutiques véritablement efficaces. Cette diarrhée est surtout meurtrière dans la classe pauvre parisienne où la qualité du lait, sa stérilisation et l'entretien du biberon dans un état de propreté minutieuse sont des conditions impossibles à réaliser. Le médecin du Bureau de bienfaisance reste désarmé car malgré la nouvelle nomenclature qui compte cependant 467 sortes de médicaments, il ne peut obtenir du lait stérilisé pour les nourrissons malades et ils continuent durant leur maladie à se nourrir de lait altéré. Il serait urgent de prendre rapidement une décision à cet égard. La question du lait est depuis longtemps à l'étude au Conseil municipal et il serait indispensable d'autoriser le médecin à formuler du lait stérilisé. La prescription des aliments comme médicaments est une innovation possible puisqu'elle est appliquée à Berlin (1) avec succès depuis plusieurs années. En tous cas la distribution du lait par les pharmacies des Bureaux de bienfaisance est de toute nécessité, car c'est d'elle que dépend la vie de nombreux enfants. J. Noir.

(1) A. Montheuil. — L'Assistance publique à l'étranger, 1899, page 18.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE.

(5e SESSION TENUE A LILLE DU 28 JUILLET AU 2 AOUT.)
(*Suite.*)

L'accoutumance aux médicaments.

Rapport de MM. les Prs SIMON (de Nancy) et HEYMANS (de Gand.)

Nombreuses sont les causes d'accoutumance des médicaments, elles tiennent soit à celui qui les absorbe (âge, race, sexe, idiosyncrasie, genre de maladie), soit au médicament lui-même (nature, dose, etc.) Les médicaments auxquels on s'accoutume le plus facilement sont ceux qui agissent sur le système nerveux, comme l'éther, l'alcool, le tabac, le chloral, le chanvre indien, la morphine et l'opium, la cocaïne, et à ces médicaments il convient d'ajouter l'arsenic, les médicaments analgésiques et antithermiques (antipyrine, phénacétine, exalgine, etc., etc.), les bromures et les iodures et bien d'autres.

Il faut distinguer entre tolérance et accoutumance. La tolérance permet de supporter une forte dose de médicament donnée d'emblée, quant à l'accoutumance, M. Heymans la définit : « Un état particulier de l'organisme déterminé par des doses antérieures de ce médicament, d'où il résulte que la dose active est plus élevée que chez un malade auquel ce médicament est administré pour la première fois. » L'accoutumance a donné lieu, à propos des études sur les antitoxines microbiennes et sur l'immunité, à des nombreuses expériences intéressantes, et M. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, est venu appuyer de ses recherches expérimentales sur l'accoutumance des animaux au sulfate d'atropine, l'opinion de M. Heymans qui croit que « la vraie accoutumance ou la vraie immunité cellulaire acquise doit consister en ce que le poison devienne pour la cellule un aliment ».

Leucémie et adénie.

Rapports de MM. DENYS (de Louvain) et SABRAZÈS (de Bordeaux.)

M. DENYS, avant d'aborder l'étude de la question, croit qu'il est indispensable d'établir une classification des leucocytes chez l'homme, et en second lieu de savoir si ces leucocytes proviennent tous de la même origine. Deux grands groupes de globules blancs existent : les *lymphocytes*, qui ne contiennent pas de granulations, et les *myélocytes* qui en contiennent. Les lymphocytes qui prennent naissance dans les organes lymphoïdes (rate, ganglions, follicules) sont du volume des hématies, ont un gros noyau, très peu de protoplasme et pas de granulations, ils forment environ le quart des globules blancs du sang et abondent dans la lymphe du canal thoracique.

Les myélocytes comprennent trois variétés :

1° Les *myélocytes neutrophiles ou polynucléaires* qui se colorent par les couleurs neutres et non en milieu basique ni acide. Leur protoplasma est finement granuleux et ils forment environ 70 0/0 des leucocytes;

2° Les *myélocytes acidophiles ou éosinophiles* à grosses granulations formant 2 ou 4 0/0 du nombre des leucocytes ;

3° Les *myélocytes basophiles*, les *mastzellen* des Allemands assez rares, qui sont au nombre de 1 pour 200 autres leucocytes.

Les myélocytes proviennent de la moelle des os. Les myélocytes et les lymphocytes sont absolument différents, il n'y a pas entre ces éléments de formes de transition. Les myélocytes, surtout les polynucléaires, secrètent des substances bactéricides et bien que tous les leucocytes soient pourvus des mouvements amiboïdes, les myélocytes seuls jouent un rôle phagocytaire. On distingue deux sortes de leucémie basées sur cette division des leucocytes, la leucémie médullaire ou myélémie et la leucémie lymphatique ou lymphémie.

Leucémie médullaire ou myélémie. — Dans ce genre de leucémie, les trois genres de myélocytes sont augmentés de nombre, ils conservent les caractères généraux de leurs types mais varient par des caractères secondaires, tels que volume plus petit ou plus grand que celui de la cellule normale, noyau plus ou moins rétracté se colorant d'une façon variable, granulations moins nombreuses et moins serrées.

Leucémie lymphatique ou lymphémie. — Cette leucémie due à la multiplication des lymphocytes, se divise en trois groupes : une *forme chronique avec hyperplasie* (gonflement des ganglions, tuméfaction de la rate, début insidieux, pas d'hémorragies, durée de une ou plusieurs années); une *forme aiguë avec hyperplasie* (durée de trois ou quatre mois, diathèse hémorragique, tuméfaction modérée des ganglions et de la rate); enfin une *forme aiguë sans hyperplasie* qui est fort rare. Les lésions de ces malades consistent dans une hyperplasie considérable des tissus donnant naissance aux leucocytes. Leur *étiologie* est hypothétique, maladie dystrophique disent les uns, parasitaire disent les autres.

Quant à l'*adénie*, c'est une pseudoleucémie, elle donne lieu à l'hyperplasie des ganglions et de la rate, mais la proportion des éléments figurés du sang reste la même.

M. SABRAZÈS, après avoir étudié les éléments figurés du sang et les globules blancs pour lesquels il adopte la classification d'Erlich et après avoir exprimé quelques considérations sur les leucocytoses simples, aborde la question difficile des *leucémies.* Il rappelle les travaux de Virchow (1845), de Charcot et Robin (1853), de Neumann (1869) et ceux plus récents de Muller, d'Erlich. Comme ce dernier auteur, il admet deux genres de leucémie : 1° La leucémie myélogène ou myélocytaire ou myéloleucocytaire ou myélocytémie, de beaucoup la plus fréquente, — due à une hypertrophie myéloïde de la moelle osseuse avec état myéloïde du sang et de divers organes, parmi lesquels la rate figure au premier rang; 2° la leucémie lymphocytaire ou lymphocytémie due à une transformation lymphoïde des territoires hématopoiétiques et des autres parties de l'organisme envahies et à une augmentation considérable du nombre des lymphocytes dans le sang. Cette forme comporte une subdivision en lymphocytémie aiguë et lymphocytémie chronique.

La *myélocytémie* caractérisée par la grande augmentation des leucocytes polynucléés, neutrophiles et éosinophiles dans le sang, débute généralement dans l'âge mûr insidieusement par des signes d'anémie profonde, de faiblesse généralisée. On voit survenir en même temps des troubles digestifs, alternatives d'inappétence et de fringale, de constipation et de diarrhée. En même temps, la splénomégalie s'affirme souvent énorme, la palpation de la rate donne parfois une crépitation neigeuse due à l'inflammation de sa capsule, les ganglions lymphatiques sont tuméfiés, mais sans tendance à la suppuration. Le malade prend l'aspect cachectique, maigrit, des symptômes d'hémophilie surviennent quand ils ne se sont pas manifestés dès le début. Il peut survenir des infections intercurrentes qui sont très graves, mais qui parfois améliorent le malade momentanément. Au bout de deux ou quatre ans, le plus souvent le malade meurt, soit d'une hémorragie quelconque, soit de tuberculose, soit de cachexie. La pathogénie de cette affection est hypothétique. Bard et Herzfeld la considèrent comme un cancer du sang. Lœwit a voulu lui donner comme agent pathogène un protozoaire, mais ces opinions sont loin d'être démontrées. Les *lymphocytémies aiguës et chroniques* offrent au point de vue symptomatique quelque analogie avec la myélocytémie. Lorsque la maladie est aiguë, elle offre l'aspect d'une infection de forme maligne. Le malade qui parfois a plus de 40° de température, est pris de lassitude générale avec arthralgie, splénalgie, dysphagie, palpitations, hémophilie. L'anémie va chez lui en croissant. Les ganglions sont hypertrophiés, des nodules lymphoïdes se forment dans le parenchyme des autres organes. Mannaberg, Lœwit, ont décrit des parasites dans ces affections. Tous les intermédiaires existent entre la forme aiguë et la forme chronique.

L'histoire de l'*adénie* est encore plus obscure que celle des leucémies. Dans l'adénie, les organes hématopoiétiques sont hyperplasiés sans qu'il y ait un changement de rapport entre les proportions des éléments figurés du sang. Sabrazès admet : 1° le *lymphocytome pseudo-leucémique* ayant pour signes principaux l'anémie, les tendances aux hémorragies, l'excrétion exagérée d'acide urique, l'hyperplasie lente des tissus lymphoïdes ; 2° le *lymphocytome pseudo-leucémique aigu* semblable au précédent, mais s'accompagnant d'un état

infectieux avec adénopathie, splénomégalie, métastases dans les plèvres et les poumons et pouvant se compliquer de leucocytémie; 3° le *lymphocytome aleucémique* qui apparaît chez les enfants et les adultes consiste en une hyperplasie des ganglions du cou sans adhérence à la peau. Cette hyperplasie ganglionnaire va en se développant et devient dure. Une anémie assez prononcée l'accompagne. Des symptômes de compression des organes voisins peuvent se manifester. Il survient souvent des infections intercurrentes et même assez fréquemment des accès de fièvre avec le type récurrent. Ces hyperplasies ont de grandes similitudes avec les néoplasmes. L'hypothèse de leur origine microbienne n'est pas suffisamment vérifiée; 4° le *lymphosarcome* analogue au précédent, mais qui affecte d'emblée des allures de tumeur maligne; son point de départ est un ganglion ou un follicule lymphatique de muqueuse, il se développe, envahit les tissus voisins, adhère à la peau; 5° la *micropolyadénopathie tuberculeuse progressive* caractérisée par une légère leucocytose des cellules polynucléées neutrophiles; les ganglions se développent surtout dans la région cervicale donnant un aspect monstrueux au malade. Chaque ganglion est hypertrophié mais indépendant. C'est une forme de la tuberculose ganglionnaire comme le démontrent les inoculations. Mais cette tuberculose affecte le type fibreux. La rate peut être atteinte, MM. Rendu et Widal ont donné des exemples de ce genre de splénomégalie tuberculeuse; 6° *l'adénite aiguë hypertrophique*, infection dont l'origine siège dans le nez, la bouche ou les oreilles et provoque la fièvre ganglionnaire. Les ganglions finissent par se résoudre et parfois suppurent; 7° *l'adénite chronique hypertrophique simulant le lymphocytome aleucémique*; ce type d'adénite est nettement d'origine infectieuse, comme l'a démontré Combemale. Deux hypothèses peuvent être admises pour les observations qu'on en a publiées, ou bien ce sont des adénites infectieuses septicémiques malignes, ou bien ce sont des lymphocytomes aleucémiques en voie de développement ou infectés secondairement par un microorganisme.

En un mot M. Sabrazès pense que ce que l'on désigne sous le nom vague d'adénies sont des types innombrables d'adénites infectieuses, les ganglions sont infectés secondairement et la porte d'entrée du microbe infectant est le plus souvent le nez, la bouche, la gorge, etc., ce qui explique la fréquence du début de ces adénopathies par la région cervicale. Chaque agent infectieux détermine de la part des ganglions une réaction particulière, ce qui explique la variété des adénopathies de ce genre.

Diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme par de très faibles doses de tuberculine.

MM. Grasset et Vedel (de Montpellier) apportent le résultat de vingt-huit observations d'injections de tuberculine à faible dose pour faire le diagnostic précoce de la tuberculose. Ils se sont servis de tuberculine, fournie par M. Borrel, qui tuait à la dose de 4 milligrammes un cobaye tuberculeux âgé de plus d'un mois. M. le Pr Grasset n'a pas dépassé la dose de *trois décimilligrammes* par injection, il a obtenu ainsi des réactions thermiques permettant de déceler le début de la tuberculose, ce que l'évolution clinique de la maladie permit de vérifier ensuite. Chez les tuberculeux anciens qui sont accoutumés à la toxine tuberculeuse, la réaction ne se produit pas. MM. Grasset et Vedel concluent ainsi : 1° L'épreuve de la tuberculine doit être réservée aux cas suspects ou douteux pour lesquels la clinique et le laboratoire ne fournissent pas de signes de certitude nosologique; 2° les faibles doses, les seules qu'il faut employer, ne donnent rien dans les tuberculoses avancées; 3° le sujet à éprouver doit être apyrétique, mis au repos, et la température doit être relevée toutes les trois ou quatre heures; 4° la solution aqueuse de tuberculine, dosée à 1 décimilligramme par centimètre cube, sera préparée aseptiquement, employée fraîchement et doit être d'une limpidité parfaite; 5° l'élévation thermique observée doit dépasser nettement 1° pour être considérée comme positive et démonstrative; le maximum atteint ordinairement 1°,5 à 2°, jusqu'à 3°; 6° on commencera par la dose de 1 décimilligramme pour recommencer à 2 décimilligrammes si les premiers résultats sont nuls ou incertains, avec nécessité dans chaque travail de contrôle de bien définir la tuberculine employée; 7° d'une façon générale, la réaction thermique commence de douze à vingt-quatre heures après l'injection et dure douze à quarante-huit heures, le maximum étant compris entre vingt et trente heures. Il est dès lors préférable de faire l'injection le soir vers 5 heures afin de pouvoir mieux suivre la réaction le lendemain. On peut observer aussi des réactions plus tardives; 8° les injections de tuberculine faites suivant les règles énoncées constituent un moyen inoffensif et très important de diagnostic précoce de la tuberculose humaine.

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par le sérum artificiel.

MM. Combemale et Mouton (de Lille), après les expériences de Sirot qui ont montré que les injections de solutions salines augmentaient la température des enfants tuberculeux, ont voulu profiter de cette constatation pour le diagnostic précoce de la tuberculose ; ils ont injecté dans le flanc des malades 20 cc. du sérum suivant :

Chlorure de sodium	7 grammes
Phosphate de soude	1 —
Eau stérilisée	1.000 —

De leurs observations ils concluent comme il suit :

1° L'injection de sérum artificiel est inoffensive, nous n'avons pas observé de congestion notable périphérique chez des tuberculeux diagnostiqués par les moyens cliniques habituels.

2° L'injection de sérum artificiel est d'un emploi facile, les résultats sont rapides quand le diagnostic est hésitant : une seringue, du sérum en petite quantité, un thermomètre suffisent.

3° L'injection de sérum artificiel n'est pas un moyen infaillible de diagnostiquer la tuberculose. Chaque fois que les moyens cliniques habituels révélaient la tuberculose pulmonaire, le sérum artificiel injecté élevait la température, mais s'il y avait hésitation de par les signes stéthoscopiques, semblable hésitation se présentait par le double réactif de la tuberculine, puis du sérum, l'un affirmant la tuberculose, l'autre restant indifférente ; dans plusieurs cas d'emphysème avec tuberculose, le diagnostic n'a pu être précisé. Le diagnostic de la tuberculose au début, dans les cas probables, donne lieu tantôt à une réaction positive, tantôt à une réaction négative par le sérum, sans que la raison ait pu nous être dévoilée par l'étude approfondie des conditions spéciales à chaque sujet. Aucun fondement ne peut donc être assuré sur l'emploi du sérum artificiel dans le diagnostic de la tuberculose.

4° Il peut induire en erreur : un pneumoconiotique à expectoration abondante et épaisse, à crachats nummulaires purulents, non sanglants, dans lesquels de nombreux examens n'avaient pu déceler le bacille de la tuberculose, alors que l'anthracose y était très accusée, a réagi cependant au sérum d'une façon considérable.

Ce fait, et d'autres avec cachexie par déminéralisation, emphysème et bronchite abondante, grippe suivie de tuberculose au début, donnèrent lieu aussi à de vives réactions. Nous serions portés à croire que la réaction par le sérum à petites doses est la réaction de la déminéralisation plutôt que la réaction de la tuberculose.

5° La suggestion n'intervient pas pour expliquer les cas où le sérum agit sans que la tuberculose soit en jeu. Nous avons toujours tenu nos malades dans l'ignorance du but pour lequel nous pratiquions l'injection.

Et l'on peut en tirer comme conclusion finale que l'injection de sérum accompagnée de l'injection de tuberculine augmente la certitude du diagnostic, mais que seul ce moyen est insuffisant.

Lithiase rénale chez les enfants.

M. Comby rappelle que Parrot avait signalé les traînées jaunes d'urates dans les pyramides des reins des nouveau-nes. M. Comby a cherché à vérifier ce fait et il l'a constaté dans 48 autopsies d'enfants, dont l'âge variait entre trois jours et deux ans. Les dépôts uratiques sont d'autant plus fréquents que l'enfant est plus jeune. Il attribue ces troubles à une mau-

vaise nutrition, aux troubles gastro-intestinaux et au sevrage prématuré. L'auteur a encore constaté, outre des graviers et calculs rénaux, des calculs vésicaux, de la pyélite et même de l'hydronéphrose. Le diagnostic est des plus difficiles et on ne saurait conseiller d'autre traitement que la surveillance et l'amélioration du régime alimentaire.

Origine naso-pharyngée des érysipèles de la face à répétition.

M. LAVRAND (de Lille) conclut de l'observation de nombreux cas d'érysipèle de la face à répétition : 1° La plupart du temps les érysipèles spontanés de la face à répétition sortent des fosses nasales par les points lacrymaux ou par les narines; 2° qu'il y ait pénétration des germes ou reviviscence des germes demeurant à l'état latent dans les tissus, le point de départ peut être dans les fosses nasales, mais beaucoup plus souvent dans le tissu adénoïdien plus ou moins altéré du cavum pharyngé; 3° le traitement préventif et par suite curatif des érysipèles de la face à répétition consiste à soigner les fosses nasales et le pharynx, mais principalement le tissu adénoïde du cavum pharyngé, qu'il se présente sous forme de tumeurs adénoïdes, ou seulement sous forme de granulations que le médecin devra aller dénicher entre les trompes d'Eustache; on supprime ainsi une porte d'entrée favorable à la culture du streptocoque de Fehleisen.

Impaludisme et sulfate de quinine.

M. TREILLE proteste contre l'idée qu'on se fait actuellement sur l'impaludisme et contre l'usage inconsidéré, à son avis, du sulfate de quinine comme préventif et curatif de cette infection. Il résume cette opinion par les principes suivants :

1° Il n'y a en réalité qu'une fièvre à sulfate de quinine : c'est la fièvre intermittente parfaite, *febris intermittens exquisita* des anciens, relativement rare, désagréable, mais absolument inoffensive ; 2° la fièvre intermittente parfaite, ne se transformant jamais en pernicieuse, ne créant jamais la mégalosplénie, la cachexie paludéenne, n'a qu'une durée d'une année, si on l'abandonne à elle-même, comme Hippocrate l'avait déjà dit. C'est la fièvre des alluvions, ne naissant qu'à une époque limitée de l'année. Elle n'atteint qu'une fois l'individu, conférant par conséquent pour elle-même l'immunité; 3° les autres maladies, qui ont composé jusqu'à ce jour le paludisme classique : continues, larvées, cachexie dite paludéenne, pernicieuse, ne sont pas des maladies à quinquina, d'où la continuation, le réveil même des accidents chez les malades que l'on gorgeait de sulfate de quinine, d'où la prétendue accoutumance; 4° la fièvre est, *à priori*, une quantité négligeable dans les maladies, au point de vue thérapeutique; nous n'avons d'action que sur la fièvre intermittente parfaite; 5° il n'y a qu'une loi d'action du sulfate de quinine, celle que j'ai fixée dans les derniers termes en 1891 et formulée ainsi : — Dans la fièvre parfaite, le médicament donné au début de l'accès, à dose unique convenable, appropriée à la nature du type, n'influence en rien l'accès attaqué, mais coupe toujours les suivants pour cinq jours au moins.

Traitement du goitre exophtalmique par les injections d'éther iodoformé dans le parenchyme du corps thyroïde.

M. PITRES (de Bordeaux) fait remarquer que les injections de teinture d'iode dans le corps thyroïde, qui donnaient jadis des succès, ont été abandonnées parce qu'elles déterminaient des abcès, il leur a substitué les injections d'éther iodoformé à la dose d'un centimètre cube qu'il injecte dans le parenchyme même du corps thyroïde et il recommence tous les huit jours. Les signes basedowiens ne tardent pas à s'atténuer et à disparaître. M. Pitres a ainsi soigné douze malades et n'a jamais eu d'accidents. Sur ces douze malades, il en a suivi six durant deux ans et la guérison s'est maintenue jusqu'alors.

De l'application du chloroforme sous différentes formes au traitement de la tuberculose.

M. DESPREZ (de Saint-Quentin). — La tuberculose pulmonaire est occasionnée par le développement du bacille de Koch dans les bronches et le parenchyme pulmonaire. Ce microbe s'implante et se développe dans le poumon d'autant plus facilement que l'organisme est plus affaibli. Il y a donc, pour le traitement, obligation absolue de soigner l'hygiène et de réconforter l'organisme par une alimentation substantielle. Ce mode de traitement suffit pour prévenir le développement de la tuberculose; mais, pour la guérison des personnes déjà atteintes de la tuberculose, le traitement général devra être doublé d'un traitement antibacillaire puissant et continu. Ce traitement antibacillaire consiste dans l'emploi bien ordonné du chloroforme sous ses différentes formes, et surtout sous formes d'inspirations méthodiques et très inoffensives. Le poumon étant un organe essentiellement perméable à l'air, recevant une quinzaine de fois par *minute* une nouvelle inspiration d'air, on conçoit facilement que si l'air est additionné plusieurs fois par jour d'une quantité de vapeurs infinitésimales et antibacillaires de chloroforme, il devient un mode de traitement des plus puissants et des mieux tolérés. Je décrirai dans une note plus complète quels sont les résultats qu'on peut obtenir par une véritable gymnastique respiratoire. Il est bien entendu que le chloroforme sera, en outre, employé en boissons, en pulvérisations à doses inoffensives, comme il a été indiqué dans mon mémoire de 1891, présenté au Congrès pour l'étude de la tuberculose. (V. G. Masson, éditeur, 1892, p. 500 et suivantes.) La désinfection intermittente des appartements, pendant qu'ils sont inoccupés, au moyen de vapeurs d'aldéhyde formique et du formochlorol, constitue aussi un puissant moyen de guérison.

Parmi les communications intéressantes du Congrès de Lille, signalons les suivantes :

Recherches hématologiques dans quelques maladies du système nerveux, par MM. A. SICARD et G. GUILLAIN (de Paris). — Recherches expérimentales sur la lymphadénie, par M. JULIA DE ROIG (de Marseille). — Essai sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du lymphadénome ganglionnaire, par MM. F. BESANÇON et M. LABBÉ (de Paris). — De l'intervention chirurgicale dans les adénies, par M. VAUVERTS (de Lille). — Diagnostic hématoscopique de l'anémie pernicieuse progressive, par M. COLLET (de Lyon). — Infiltration calcaire de la peau. Lésions des glandes sudoripares. Périnévrite, par M. le Pr DERVILLE (de Lille).— Des conditions à remplir pour assurer l'efficacité des inhalations médicamenteuses, par MM. CASSAET et BEYLOT (de Bordeaux). — Pneumonie chronique ulcéreuse avec expectoration de volumineux fragments de parenchyme pulmonaire, par M. RISPAL (de Toulouse). — Nutrition dans la tuberculose, par M. BERLIOZ (de Grenoble). — Tuberculose cavitaire et fièvre typhoïde, par M. CRESPIN (d'Alger). — Erysipèles de la face à répétition. Pathogénie naso-pharyngée, par M. H. LAVRAND (de Lille). — Le délire dans les maladies aiguës, par M. FAURE. — De l'urticaire pleurétique, par M. CARAGEORGIADÈS (Saint-Dizier, Creuse). — Les faux témoignages suggérés, par M. JOIRE (de Lille) — Au sujet de la pathologie de la cellule nerveuse, par MM. DE BUCK et DE MOOR (de Gand) ;etc., etc.

Après une visite aux établissements hospitaliers et scientifiques de Lille et notamment à l'Institut Pasteur de Lille dont le directeur, M. Calmette, a fait les honneurs, le Congrès a clôturé ses travaux ; avant de se dissoudre, il a résolu de tenir sa prochaine session en 1901, à Toulouse, dans la première semaine d'août. Le bureau du Congrès de 1901 est ainsi formé : *Président* : M. Lemoine (de Lille) ; *Vice-Présidents* : MM. Mossé et Caubet (de Toulouse) ; *Secrétaire général* : M. Saintange (de Toulouse) ; *Trésorier* : M. Parent (de Toulouse).

Les trois questions qui donneront lieu à des rapports et qui sont dès lors à l'ordre du jour sont :

1° *Convulsions chez l'enfant ;*
2° *Insuffisance hépatique ;*
3° *Médicaments d'épargne.*

N.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — *Depuis le 28 juillet* M. H. DURAND *n'a plus aucune fonction au* Progrès médical. *Il est remplacé par* **M. Aimé ROUZAUD,** *qui est chargé exclusivement des* ANNONCES *et de la partie administrative.*

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr J. NOIR.

—

II. — Traitement de la coqueluche par l'Euquinine, par CASSEL. (*Klin. med. Woch.*, 1899.)

II. — L'euquinine ou éther éthylcarbonique de quinine, médicament étudié par Noorden, de Francfort-sur-le-Mein, peut s'employer sous forme de chlorhydrate dont la saveur est faible et qui est fort soluble. Cassel l'a expérimenté pendant plusieurs semaines dans la coqueluche chez des enfants de 10 mois à 9 ans, à des doses variant entre 0 gr. 50 et 1 gramme. Aucun accident toxique ou d'intolérance n'est survenu et l'effet a été satisfaisant dans les cas sans fièvre. Sous l'influence de l'euquinine, les quintes sont devenues moins fréquentes et la maladie a évolué plus rapidement vers la guérison.

III.— Traitement de la coqueluche par des injections de sérum antidiphtérique, par V. GILBERT. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1899, n° 6.)

III. — M. V. Gilbert rappelle les nombreux essais de bactériothérapie destinés à guérir une maladie infectieuse par l'inoculation d'un autre microbe. Zangari avait tenté la guérison du charbon chez le porc par l'inoculation du rouget. Cantani, Testi, Manzi, ont essayé de traiter la tuberculose par le bactérium termo. Les sérums produisent des effets plus sûrs : Duenschmann a remarqué l'action du sérum anticharbonneux sur le bacille septique et Pfeiffer a noté l'action du sérum du sang de l'homme sain ou du cheval sur l'infection cholérique intra-péritonéale.

Revilliod a expérimenté l'action du sérum antidiphtérique dans l'asthme idiopathique en même temps que Gilbert en faisait l'essai dans la coqueluche.

Le résultat des observations est satisfaisant chez les enfants inoculés, la durée des quintes n'a pas dépassé 8 à 10 jours. Le nombre des quintes, de 20 à 30 en 24 heures, est tombé en 6 jours à 3 ou 4. Leur violence a été bien moins forte. L'auteur inoculait 2 à 5 c.c. chaque fois, à deux ou trois jours d'intervalle et n'a pas dépassé la dose totale de 10 c.c. Il n'a jamais constaté d'accidents.

Lotti et Cerioli avaient déjà constaté chez des enfants atteints de diphtérie l'amélioration d'une coqueluche concomittante sous l'influence du traitement sérothérapique. Est-ce simplement le sérum de cheval ou l'antitoxine qui agissent en pareil ? C'est là un problème dont il faut chercher la solution.

IV. —Traitement de la coqueluche par les injections de sérum de genisse immunisée contre la variole; par J. B. VIOLI. (*Soc. imp. de Méd. de Constantinople*, 10 fév. 1899.)

IV. — Dans sa communication, Violi rappelle qu'au Congrès de Rome de 1894, Peza, Pestalozzi, Guaïta, Bolognini, etc. signalèrent l'action bienfaisante de la pustule vaccinale sur la coqueluche. Il a expérimenté dans le même but du sérum de génisse immunisée contre la variole qui lui fut fourni par MM. Nicolle et Adil-Bey. Il pratiqua des inoculations de 5 cc. tout les deux jours et après avoir traité ainsi près de cent enfants atteints de coqueluche, Violi croit pouvoir conclure :

Le sérum stérile de génisse ou de veau peut être inoculé sans danger chez les enfants de tout âge. Le sérum recueilli sur les animaux bovidés vaccinifères inoculés soit avec du vaccin, soit par des injections intra-veineuses, calme et parfois guérit les accès de la coqueluche.

Les expériences comparatives avec du sérum de cheval ou de génisse non vaccinés ont été faites en trop petit nombre pour permettre de tirer une conclusion. Cependant celles qu'on a faites ont été négatives.

Cette dernière conclusion est peu en rapport avec les observations précédentes de V. Gilbert.

V.— Traitement de la blennorrhagie utérine; par H. SCHULTZ. (*Zeitschr. für Geb. und Gynec.*, 1899.)

V. — Schultz conseille les injections intra-utérines ou intracervicales tous les trois jours avec les solutions suivantes :

Protargol.	4 grammes.
Eau distillée.	100 —

ou avec :

Sous nitrate d'argent, 5 gr. puis	10 grammes.
Eau distillée.	180 —

ou encore :

Argentamine	10 grammes.
Eau distillée.	100 —

ou bien encore avec de l'acide pyroligneux.

Les injections sont parfois douloureuses au début.

Dans les cas anciens, les solutions de protargol sont impuissantes, le nitrate d'argent au dixième détermine parfois des métrorrhagies et des réactions inflammatoires trop vives et Schultz donne la préférence à la solution d'argentamine.

VI. — De l'emploi thérapeutique du vanadium (*vanadates de soude, de fer, de lithine, phospho-vanadate de soude*); par V. BERTHAIL. (Legendre et Cie, Lyon, 1899.)

VI. — M. Berthail a recueilli environ 140 observations de malades traités soit à l'hôpital, soit en ville, par divers composés vanadiques (vanadate de soude, de fer, de lithine, phospho-vanadate de soude). De ces observations l'auteur croit pouvoir tirer les conclusions suivantes : 1° Les dérivés du vanadium employés ont eu, dans les trois quarts des cas environs, une action manifestement heureuse; 2° les malades traités étaient des tuberculeux, des anémiques, des neurasthéniques, des rhumatisants, des malades présentant des affections diverses (néoplasmes, leucocytémie, diabète, affections cutanées, etc.); 3° les résultats les plus marqués ont été une augmentation, quelquefois considérable, de l'appétit, des forces et du poids. L'augmentation de l'appétit a certainement été le phénomène le plus constant; 4° l'urée et le coefficient d'oxydation, dans presque tous les cas où les urines ont été examinées à ce point de vue, ont été augmentés; 5° la dose habituellement employée a été de 4 à 5 milligr. par 24 heures, donnés avant les repas, le plus souvent 3 jours isolés par semaine; 6° l'auteur n'a observé aucun phénomène d'intolérance, sauf, dans deux ou trois cas, une légère diarrhée disparaissant le plus souvent très vite, sans qu'on soit obligé de suspendre la médication; 7° il croit que le vanadium, grâce probablement à son pouvoir oxydant énergique, a une action stimulante considérable sur l'organisme. C'est un médicament précieux, à notre avis, toutes les fois que la nutrition est diminuée, qu'il y a perte d'appétit et des forces, en un mot, dans tous les cas où les combustions et l'assimilation sont ralenties.

BIBLIOGRAPHIE

Les sporozooses humaines; par G. MILIAN. Thèse de doctorat, Paris, 1899.

La rareté des affections à sporozoaires chez l'homme n'est sans doute qu'apparente; le petit nombre d'observations publiées, et dont on trouvera la bibliographie complète dans le travail de M. Milian, tient en effet à la connaissance imparfaite et peu répandue de ces parasites; et aussi à la difficulté qu'on éprouve pour les distinguer d'une manière certaine ; ces parasites vivent, en effet, dans l'intérieur d'une cellule, aux dépens de laquelle ils se nourrissent, et qu'ils irritent jusqu'à provoquer l'hypertrophie du protoplasma et la prolifération du noyau. La technique la plus convenable pour les déceler est la dissociation.

Les infections à sporozoaires sont transmissibles d'homme à homme, et probablement de l'animal à l'homme; et sans nul doute, ce dernier mode de contagion doit jouer un rôle étiologique important. Car on sait combien sont nombreux les parasites de ce genre chez le mouton, le lapin, les oies, etc. ; les œufs de poule eux-mêmes contiendraient parfois des coccidies, d après Podwyssozky.

Le lésion anatomique est caractérisée par un exsudat crémeux ou lactescent; peut-être même, d'après l'auteur, la question de certains épanchements chyliformes pourrait-elle bénéficier de recherches dans ce sens.

Ces infections sont générales ou locales; en tant qu'infections générales, elles réalisent une véritable septicémie, dont le paludisme aigu est un exemple. Peut-être le goitre, la leucémie, l'anémie pernicieuse sont-ils dus à des sporozoaires. En tant

qu'infections locales, elles n'épargnent aucun tissu : muscles, épithélium, tissus conjonctifs, les viscères, tel que le poumon, la plèvre, le foie, la rate, le rein, etc. Au niveau du foie notamment cette affection donne lieu à des cavités kystiques qui simulent les hystes hydatiques. Enfin l'auteur rapporte un cas personnel de coccidiose sous-cutanée de la plante du pied.

F. RAMOND.

Rôle des leucocytes dans la tuberculose expérimentale sous-cutanée; par DEMBINSKI. (Paris, 1899, Jouve.)

La réaction leucocytaire chez le cobaye est différente suivant qu'on pratique l'inoculation au cobaye sain où déjà tuberculeux.

Si le cobaye est sain, la leucocytose est polynucléaire les deux premiers jours, et mononucléaire à partir du troisième jour; si le cobaye, par contre, est déjà tuberculeux, la leucocytose est mixte; elle est en outre plus rapide et énergique; les cellules étant déjà habituées à la lutte contre les bacilles de Koch, réagissent plus rapidement et aussi plus intensivement que les phagocytes du cobaye sain.

Chez le pigeon, la réaction leucocytaire varie suivant que l'on inocule du bacille tuberculeux aviaire ou humain. Dans le premier cas, tout se passe comme pour le cobaye sain, c'est-à-dire qu'il y a d'abord polynucléose, puis mononucléose. Si au contraire on injecte des bacilles tuberculeux humains, l'afflux leucocytique est d'abord faible, mais bientôt, dès le deuxième jour, apparaissent des cellules géantes qui englobent et détruisent de grandes quantités de bacilles, aussi le pigeon résiste-t-il à l'infection par les bacilles tuberculeux humains.

F. RAMOND.

VARIA

Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique.

La troisième session a lieu à Amsterdam, sous le patronage de M. le Ministre de l'Intérieur et de M. le Bourgmestre d'Amsterdam, du 8 au 12 août 1899.

Le Comité du Congrès est composé de MM. le Pr A. Reverdin, A. Beatrix et Cordes (de Genève), Jacobs (de Bruxelles).

Voici le programme des séances et les titres des communications faites en langue française : *Mardi* 8 *août*. — Séance d'ouverture à 3 heures de l'après-midi dans l'Aula de l'Université (Oude Manhuispoort). Discours d'ouverture du Président du Comité d'organisation; Rapport du Secrétaire général du Comité d'organisation; Nomination et installation du Comité définitif du Congrès; Discours des délégués officiels. A 8 heures du soir, réception des membres du Congrès par le Conseil municipal à l'Hôtel de Ville.

Mercredi 9 *août*. — Démonstrations à 8 heures à la Clinique Gynécologique (1e Helmersstraat 104). M. Mensinga se tient à la disposition des membres du Congrès pour répéter ces démonstrations. — Séance du matin, à 9 heures précises. M. Charles G. Cumston (de Boston). La technique de l'antisepsie et de l'asepsie en chirurgie gynécologique. M. H. Delagénière (du Mans). Du raccourcissement des ligaments larges et des ligaments ronds dans la rétroversion de l'utérus. M. P. Poirier (de Paris). Des hypertrophies lymphatiques dans les tumeurs de l'utérus et des ovaires. M. Bouilly (de Paris). La voie vaginale dans le traitement des affections annexielles. M. C.-E. Schwartz (de Paris). Note sur les sarcomes angioplastiques du vagin. M. P. Reynier (de Paris). Hystérectomie abdominale totale dans le cancer utérin. M. P. Petit (de Paris). La gaine vasculaire pelvienne. M. Th. Jonnesco (de Bucarest). La castration abdominale totale dans les affections, septiques ou non, des annexes. — Séance de l'après-midi, à 2 heures précises : Discussion sur la question mise à l'ordre du jour : *La valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire*. Rapporteurs : MM. Bumm, Richelot.

Jeudi 10 *août*. — Démonstrations à 8 heures à l'Université. M. Dumont-Leloir (de Tourcoing). Démonstration du radio-pelligraphe. — Séance du matin, à 9 heures précises. M. Dumont-Leloir (de Tourcoing). Etude sur la position à la Walcher avec épreuves radiographiques. Présentation d'un appareil « le radio-pelligraphe ». Mme Krajewska (de Dolnja Tuzla). L'ostéomalacie en Bosnie. M. E. Doumer (de Lille). Sur l'emploi des courants de haute fréquence en gynécologie. M. J.-L. Faure (de Paris). L'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. M. Ch. Porak (de Paris). De l'omphalotripsie. M. H. Duret (de Lille). De la colpohystérectomie dans le traitement de l'inversion utérine irréductible. M. A. Favre (de Chaux-de-Fonds). Accouchement et néphrite. M. Ch. Fournel (de Paris). Démonstration d'un nouveau porte-aiguille. — Séance de l'après-midi, à 1 h. 1/2 précises Discussion sur la question mise à l'ordre du jour : *L'influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin*. Rapporteurs : MM. Bonnaire, Pinzani et Walcher. — A 4 heures : Excursion à Schéveningue offerte aux membres du Congrès et à leurs dames.

Vendredi 11 *août*. — Démonstration à 8 heures, à l'Université. M. H Keiffer (de Bruxelles). Projections lumineuses.— Séance du matin à 9 h. précises. M. H. Delagénière (du Mans). L'hystérectomie totale dans les cas de fibromes compliqués d'albuminurie. M. C.-E. Schwartz (de Paris). Sur le traitement chirurgical des fibromyomes. M. A. Doléris (de Paris). Sur le traitement des fibromes gravidiques. M. Bilhaut (de Paris). Sur le traitement chirurgical des fibromyomes. M. A. Waskressensky (de Kieff). Les principes du traitement des fibromes de la matrice. M. Ch. D'Hotman de Villiers (de Paris). Observation d'hystérectomie abdomino-vaginale totale pour gros fibrome. M. H. Duret (de Lille). De quelques modes opératoires particuliers dans le traitement des fibromes. M. E. Gutierrez (de Madrid). Sur le traitement chirurgical des fibromyomes. M. A. Fargas (de Barcelone). Sur le traitement chirurgical des myomes utérins. M. H. Treub (d'Amsterdam). Résultats de toutes mes opérations de fibromes pendant les dernières trois années. — Séance de l'après-midi, à 2 heures précises. Discussion sur la question mise à l'ordre du jour : *Le traitement chirurgical des fibromes*. Rapporteurs : MM. Doyen et Schauta.

Samedi 12 *août*. — Démonstrations à 8 heures à la Clinique gynécologique (1e Helmersstraat 104). M. E. Doumer (de Lille). Démonstration des appareils pour l'emploi des courants de haute fréquence. — Séance du matin, à 9 heures précises. M. Hector Treub (d'Amsterdam). L'antisepsie dans l'opération césarienne et dans la symphyséotomie. M. A. Doléris (de Paris). Sur les grossesses tubaires à crises paroxystiques. M. A. Doléris (de Paris). Sur la stérilité dans les familles dégénérées. M. J.-L. Faure (de Paris). L'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus. M. H. Hartmann (de Paris). Sur le traitement opératoire des salpingites. M. Th. Jonnesco (de Bucarest). Nouveau procédé de suture de la paroi abdominale sans fils perdus. MM. Queirel et Doumergue (de Marseille). Urologie de la grossesse et de l'état puerpéral. M. Th. H. Van de Velde (d'Amsterdam). Recherches sur l'élimination du bleu de méthylène dans la grossesse normale et pathologique. — A 11 h. 1/2, réunion des membres fondateurs. — Séance de l'après-midi, à 2 heures précises. Discussion sur la question mise à l'ordre du jour : *L'indication de l'opération césarienne considérée en rapport avec celles de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel*. Rapporteurs : MM. Fancourt Barnes, Léopold, Pestalozza et Pinard. — Le soir, à 7 heures, banquet à la grande salle du Jardin zoologique.

Dimanche 13 *août*. — Excursion à Edam, Volendam et l'île de Marken offerte aux membres du Congrès et à leurs Dames.

Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes.

Une conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes se tiendra à Bruxelles, du 4 au 8 septembre prochain. Plusieurs Congrès de dermatologie, d'hygiène, de médecine se sont déjà occupés de cette

question, mais elle n'avait jamais fait, jusqu'à présent, l'objet de l'examen méthodique et approfondi auquel elle va être soumise dans la réunion de fonctionnaires, de médecins, de savants et sociologues, due à l'initiative et au travail persévérant de notre distingué confrère, M. le Dr Dubois-Havenith, secrétaire-général de la conférence.

Rapports généraux. — a) Danger social de la syphilis, par M. le Pr Fournier (de Paris). — b) Danger social de la blennorrhagie, par M. le Pr Neisser (de Breslau). — c) Quelle part revient à la prostitution dans la propagation de la syphilis et des maladies vénériennes? par MM. les Drs Le Pileur et Verchère (de Paris). — d) Quelle part revient, en dehors de la prostitution, aux autres modes de dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes? par M. le Pr Lassar (de Berlin).

Questions du programme et rapports sur ces questions. — Les systèmes de réglementation actuellement en vigueur ont-il eu une influence sur la fréquence et la dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes? Rapporteurs : Dr Barthélemy (de Paris); Dr Blaschko (de Berlin); Pr Augagneur (de Lyon).

Deuxième question. — L'organisation actuelle de la surveillance médicale de la prostitution est-elle susceptible d'améliorations? Rapporteurs : Pr Finger (de Vienne); Pr Jadasshon (de Berne); Dr Fiaux (de Paris).

Troisième question. — Si l'on se place à un point de vue exclusivement médical, y a-t-il avantage à maintenir les maisons de tolérance ou vaut-il mieux les supprimer? Rapporteurs : Pr Wolff (de Strasbourg); Pr Pospelow (de Moscou); Dr Hoeffel (de Bouxwiller, Alsace).

Quatrième question. — L'organisation administrative de la surveillance policière de la prostitution est-elle susceptible d'améliorations? Rapporteurs : Pr Welander (de Stockholm); M. Schmœlder, Oberlandergerichsratch (de Hamm, Westphalie); Dr Mireur (de Marseille).

Cinquième question. — Par quelles mesures légales pourrait-on arriver à diminuer le nombre des femmes qui cherchent dans la prostitution leurs moyens d'existence? Rapporteurs : Pr Neisser (de Breslau); M. Lejeune, ministre d'Etat (de Bruxelles); Mme Bieber Boehm (de Berlin).

Sixième question. — Abstraction faite de tout ce qui touche à la prostitution, quelles mesures générales y aurait-il lieu de prendre pour lutter efficacement contre la propagation de la syphilis et des maladies vénériennes? Rapporteurs : Pr Lesser (de Berlin); Pr Kaposi (de Vienne); Dr Besnier (de Paris).

Hôpital International de Paris.

Mercredi dernier 2 août a eu lieu l'inauguration de cet établissement, sous la présidence de M. le Dr CHASSAING, député de Paris, assisté de M. LETORT, délégué du Ministre de l'Instruction publique de M. Féron, conseiller général, de MM. Levée, Brard, conseillers municipaux. L'assistance comprenait un grand nombre de médecins, parmi lesquels nous citons au hasard : MM. Plateau, Pascalis, Mihran, Lorain, Lagelouze, Laverneau, Jacqs, Delineau, Brémond, Degoix, Valentin, Miropolsky, Milhaut, Mercier, Bromain, etc., etc.

Le Dr Bilhaut, qui a eu le courage d'endosser à lui seul la responsabilité de l'entreprise, a rappelé qu'il s'agissait, dans l'espèce, non d'une création nouvelle mais d'une continuation puisque l'œuvre a débuté en 1893, rue d'Assas, sous les nom de Clinique française et Hôpital international, pour être transportée ensuite rue de la Santé, dans un immeuble appartenant au Dr Péan. A la mort de ce dernier, et par suite de difficultés entre les héritiers et les trois principaux locataires, il y eut résiliation de bail et cessation de collaboration commune entre les trois principaux co-fondateurs de l'hôpital International, les Drs Aubeau, Bilhaut et Cornet. Le Dr Bilhaut a loué un grand et magnifique immeuble, 180, rue de Vaugirard et s'est assuré le concours, à titre de sous-locataires, des Drs Cornet, Lacaze, Frébault, Vasticar, Lenoir, Milhaut, lesquels représentent plus spécialement la Polyclinique.

Le Dr Cornet a répliqué qu'il avait consenti, malgré certaine expérience, à renouer collaboration dans des conditions nouvelles parce qu'il est resté convaincu de l'utilité du travail en commun, dont les mauvais côtés peuvent être adoucis par la sincérité des bons rapports entre membres d'une même collectivité. Par extension l'orateur a fait appel à la concorde entre tous les médecins basée sur l'estime réciproque et l'esprit de tolérance, en respectant la liberté de chacun, sous les seules garanties de parfaite honorabilité, et de bonne confraternité.

Enfin le Dr Chassaing, député, et M. Letort, délégué du Ministre, ont pris tour à tour la parole, pour exprimer leur admiration devant la beauté morale et matérielle de l'Hôpital International de Paris et de sa Polyclinique. Le Dr Chassaing a fait plus spécialement l'éloge de la laïcisation, qui restera l'œuvre immortelle du Dr Bourneville, et a félicité les médecins de la Polyclinique, et en particulier le Dr Cornet, d'avoir placé à la tête des divers services des infirmières diplômées des hôpitaux. C.

La Fièvre typhoïde et l'Eau potable à Paris.

Le service des eaux communique aux Parisiens la note suivante :

« Une rupture s'est produite la nuit dernière sur un des siphons de la Vanne, à Villeneuve-le-Guyard.

« Pendant la durée des travaux de réparation, l'arrivée d'eau de Vanne va subir un important déficit au moment où les réservoirs étaient déjà en baisse.

« La population parisienne est instamment priée d'éviter tout abus dans l'emploi de l'eau de source.

« Un avis ultérieur fera connaître le jour où le siphon sera remis en service. »

Le *Bulletin municipal officiel* publie en outre le procès verbal du conseil d'hygiène du département de la Seine à propos des cas de fièvre typhoïde, récemment constatés dans les casernements du gouvernement militaire, ainsi que dans les arrondissements de Paris et dans la banlieue.

Une commission composée de MM. Chauvel, Henriot, Le Roy des Barres, Lancereaux, Duguet, Josias et Bechmann, est chargée de faire une enquête.

Sur la proposition du Dr Josias, le préfet de police est invité à « renouveler les recommandations antérieurement adressées à la population, et notamment celle de ne boire, en pareille circonstance, que de l'eau bouillie préalablement, *quelle qu'en soit l'origine.* »

A propos de corsets.

Tandis que Mme le Dr Gaches-Sarraute s'efforce de trouver pour la femme un corset hygiénique, nous voyons en Allemagne un médecin faire des constatations archéologiques tendant à réhabiliter l'instrument de torture que tous les hygiénistes s'accordent à condamner. Le *Journal des Débats* reproduit à ce sujet la curieuse note suivante :

« On vient d'exposer à Dresde les œuvres de Lucas Cranach. Les peintres y ont pris leur plaisir et les orthopédistes leur profit. Car un médecin, le docteur Schlanz, a été frappé d'y voir qu'Eve, Lucrèce et les déesses même avaient le dos rond. Il en ressentit une tristesse qu'il divulgua dans la *Semaine médicale allemande*. L'infirmité de ces figures n'est pas un caprice dépravé de Cranach ; car ses portraits de femmes sont également rachitiques, et la duchesse Catherine présente un cas de scoliose bien accentué. Albert Dürer, qui dessine un Adam magnifique, infléchit pareillement l'épine dorsale d'Eve. Comme on ne peut douter de la sincérité de ces maîtres, on doit avouer que la femme allemande de la Renaissance avait l'échine tordue. Le docteur Schlanz a trouvé la cause d'une si grande disgrâce dans le costume qui était bien moins soutenu qu'aujourd'hui de baleines et d'acier. Là est la cause de dégénérescence du type féminin. Poursuivant ses études sur d'autres époques, le docteur Schlanz est arrivé à cette formule générale que toutes les générations sans corset avaient le dos voûté. L'érudition conduit à tout, et il n'est pas de découverte trop ingénieuse pour la science allemande ; mais il serait intéressant d'appliquer à l'antiquité la formule du docteur saxon, et de savoir si Cléopâtre, dont nous savions déjà qu'elle avait le nez trop court, n'avait pas également le dos circonflexe. »

Thèses de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

MM. Th. Brusau. Contribution à l'étude du morphinisme expérimental. Essai de sérothérapie et d'opothérapie. — Larroche. Un exemple d'hospitalisation des malades à la campagne. — Lafite-Dupont. Morphologie générale de l'articulation du genou — Guyot. Contribution à l'étude de l'immobilisation dans le mal de Pott chez les enfants. — Rainguet. Etude critique des suites éloignées de l'amputation sous-vaginale du col utérin pendant la période génitale de la femme. — Cosse. Traitement du strabisme. — Soule. Contribution à l'étude expérimentale des troubles fonctionnels et des altérations médullaires consécutifs à la ligature temporaire de l'aorte abdominale chez le chien. — Hubert. De l'exétrotomie interne. — Brunel. Des abcès de l'amygdale palatine. — Capette-Laplène. Les ganglions de la joue. — Lestage. De l'exanthème bucco-pharyngé à la période primaire de la syphilis. — Landry. De la réinoculation syphilitique. — Regett. Etude sur l'emploi du sérum gélatiné dans le traitement des anévrismes. – Lamy. Etat des quatre amygdales dans la période secondaire de la syphilis. — Darcourt. Du traitement électrique de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants et les adolescents. — Parmentier. Des avantages du tracteur d'Hubert (de Louvain) modifié. — Dupouy. Contribution à l'étude des ferments oxydants des liquides de l'organisme. — Barde. Contribution à l'étude de la diazoréaction de Ehrlich dans la fièvre typhoïde.— Cassat. Contribution à l'étude du traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant. — Roques Contribution à l'étude clinique des effets de l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré.—Delmas De la paralysie générale des adolescents.— Laboisne. Des lésions urétéro-rénales au cours du cancer utérin. — Paramananda. Contribution à l'étude de l'extirpation du cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale. — Ducoste. De l'épilepsie consciente et amnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques. Le suicide impulsif conscient. — Fauché. De la valeur du signe de Babinski comme moyen de diagnostic différentiel entre les paralysies organiques et les paralysies fonctionnelles. — Huillet. Contribution à l'étude du doigt à ressort. Recherches chez les musiciens — Boiadjieff. La neurasthénie chez les enfants. — Coyola. Des mastoïdites aiguës au point de vue des indications opératoires, du traitement et des suites. — Laborie. Du pouvoir antiseptique du cyanure de mercure et de son emploi en obstétrique. — Mérop. Des roséoles de retour dans la syphilis. — Micheleau. De l'hyperchlorurie dans la symptomatologie des affections tuberculeuses. — Bouteuil. De l'emploi en oculistique de quelques médicaments généraux administrés en collyres et en bains oculaires. — Our dit Biot. De l'ignipuncture dans le traitement des arthrites fongueuses. —Riquet. Des tumeurs primitives du squelette thoracique et de leur traitement. — Bernard-Lapommeray. Traitement des fistules périnéales. — Labat. Contribution à l'étude de la diazoréaction en général et dans la syphilis en particulier. — Monier. De la fièvre syphilitique.

NÉCROLOGIE

M. le Dr François PONCET.

M. le Dr F. Poncet vient de mourir à Vichy, à l'âge de 62 ans. Médecin principal de 1re classe de l'armée en retraite, ancien professeur de l'Ecole de santé militaire et médecin en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, M. F. Poncet, en quittant le service actif, se retira à Vichy où il fut chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Travailleur infatigable, savant et médecin distingué, il publiait naguère un travail très important sur les bactéries des Eaux de Vichy. M. F. Poncet, officier de la Légion d'honneur, était membre des Sociétés de Chirurgie, de Biologie et d'Ophtalmologie de Paris. Le *Progrès médical* ne saurait oublier qu'il compta jadis M. F. Poncet (dit Poncet, de Cluny) parmi ses plus distingués collaborateurs et adresse à sa famille ses sincères condoléances.

Une religieuse incendiaire. — On nous écrit de Bourg qu'avant-hier soir un incendie éclatait brusquement dans un immeuble occupé par les religieuses de Saint-Charles, à Grièges (Ain). Les premiers sauveteurs accourus sur le lieu du sinistre purent se rendre compte que l'incendie avait pris naissance en sept endroits différents : dans une caisse de papier et dans six lits. Une enquête, aussitôt ouverte, fit découvrir l'auteur de ce crime, une des religieuses de l'établissement, âgée de vingt-sept ans. Elle a été arrêtée après avoir fait des aveux. (Le *Temps* du 26 juillet 1899.)

Institut des sourds-muets. — M. le Dr Gossard est nommé médecin auriste adjoint de l'Institut des sourds-muets.

FORMULES

XIII. — Contre la dysménorrhée douloureuse.

Ergotine.	0 gr. 10 centigr.
Sulfate de quinine.	0 — 02 —
Poudre de feuilles de digitale. .	0 — 01 —
Poudre de coca.	Q. S.

Pour une pilule.

De trois à cinq par jour. (Dalché in *Presse méd.*)

XIV. — Contre les fausses-couches au début.

Extrait fluide d'hydrastis canadensis . .	ãã 10 grammes.
— d'hamamelis virginica . .	ãã 10 grammes.
— de viburnum prunifolium .	ãã 10 grammes.
Teinture de piscidia erythrina	ãã 10 grammes.
Laudanum de Sydenham.	2 —

90 gouttes dans un verre d'eau à répéter si besoin, trois fois en 24 heures. (Bossi cité in *Sem. méd.*)

XV. — Contre la chloro-anémie.

Artémisine.	0 gr. 0001 décimilligr.
Quassine cristallisée. . . .	0 — 0001 —
Protoxalate de fer. . .	0 — 10 centigr.

Pour une dragée, 4 par jour, 2 avant le repas. (*Nouv. Reméd.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 30 juillet au samedi 5 août 1899, les naissances ont été au nombre de 1195, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 436, illégitimes, 182. Total, 618. — *Sexe féminin* : légitimes, 414, illégitimes, 163. Total, 577.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 30 juillet au samedi 5 août 1899, les décès ont été au nombre de 1114, savoir : 574 hommes et 450 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 16, T. 31. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.—Variole : M. 0, F. 0 T. 0. —Rougeole : M. 15, F. 7. T. 22.—Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3.— Diphtérie. Croup : M. 7. F. 3, T. 10. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 96, F. 92, T. 188. — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 11, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 12, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2 — Tumeurs malignes : M. 19, F. 39, T. 58. —Méningite simple : M. 16, F. 13, T. 29. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 21, F. 18, T. 39. — Paralysie, M. 2, F. 4, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 1, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 46, T. 68. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 2, T. 10.— Bronchite chronique : M. 4, F. 7, T. 11. — Broncho-pneumonie : M. 11, F. 18, T. 29. — Pneumonie : M. 11, F. 8, T. 19.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 13, T. 34. — Gastro-entérite, biberon : M. 42, F. 42, T. 84. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 9, T. 16. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 20, F. 5, T. 25. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 6, F. 4, T. 10. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1.— Débilité congénitale, M. 14, F. 8, T. 22. — Sénilité : M. 12, F. 28, T. 40. — Suicides : M. 14, F. 7, T. 21. — Autres morts violentes : M. 32, F. 8, T. 40. — Autres causes de mort : M. 84, F. 76, T. 160. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 2, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 19. Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 11. Total : 33.

Hospices civils de Marseille. — *Concours pour une place de médecin-adjoint.* — Le lundi, 8 janvier 1900, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux. Ce concours aura lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française, ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les anciens internes des hôpitaux de Marseille, âgés de 26 ans au moins, seront admis à concourir.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège

une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur. — *Epreuves du Concours* : 1. Question d'anatomie et question de Physiologie ; 2. question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques qu'elle comporte. 3. Examen clinique de trois malades atteints de maladies internes choisis parmi ceux entrés dans les hôpitaux à partir du jour où l'accès des salles des malades aura été interdit aux candidats. Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite pour la composition de laquelle il sera accordé une heure Les deux premières questions seront traitées oralement, après un temps de préparation, à huis clos et sans livres, qui sera déterminé par le Jury. Les candidats auront cinq heures pour traiter par écrit la question de pathologie, à huit clos et sans livres. L'examen clinique des trois malades ne durera que trois quarts d'heure au plus.

Concours pour une place de chirurgien-adjoint. — Le lundi, 22 janvier 1900, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux. Ce concours aura lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. — *Epreuves du Concours* : 1. Question d'anatomie. Question de physiologie. Ces deux questions sont traitées oralement après une préparation à huis clos, et sans livres, qui sera déterminée par le jury. 2 Question de pathologie chirurgicale. Les concurrents auront cinq heures pour traiter cette question par écrit, à huis clos et sans livres. 4. Examen clinique de trois malades atteints d'affections chirurgicale choisis parmi ceux entrés dans les hôpitaux à partir du jour où l'accès des salles des malades aura été interdit aux candidats. L'examen des trois malades ne durera pas plus de trois quarts d heure. Apres l'interrogatoire, les concurrents donneront leur avis développé sur le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques ressortissant à deux de ces malades. Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite pour la compoisition de laquelle il sera accordé une heure. 4. Deux opérations de grande chirurgie à pratiquer sur le cadavre. Les candidats auront vingt minutes pour ces deux opérations.

A la fin des concours, la Commission administrative délibèrera sur le rapport du jury d'examen et procédera, s'il y a lieu, à la nomination d'un médecin-adjoint et d'un chirurgien-adjoint. Les médecins-adjoints forment, avec les chirurgiens-adjoints, le premier degré du corps médical de hôpitaux. Ils doivent assurer le service des consultations gratuites. De plus ils sont appelés, en cas d absence ou de congé, à remplir les fonctions de médecins chefs de service, auxquels ils succèdent suivant les conditions du règlement. Les candidats prendront connaissance des divers règlements dans le bureau du secrétariat général à l'Hôtel-Dieu Ils signeront l'engagement d'en observer toutes les dispositions ainsi que toutes celles que la Commission administrative pourra prendre plus tard. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative huit jours au moins avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire : 1. leur acte de naissance ; 2. leur diplôme de docteur ; 3. s'il ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de leur résidence; 4. les internes des villes où siègent des Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite délivré par les directeurs des différents hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne ; 5. les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., et s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — M. Lartigue, médecin de 2e classe des colonies, a été placé d'office dans la position de non activité pour infirmités temporaires, pour compter du 28 juillet 1899. — *Réserve.* — Sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs d'Arbois de Jubainville, Beauprez. Bernard, Berthe, Bigot, Blanchard, Bloc, Boisson, Bonnet, Boureau, Bruyère, Cardeilhac, Cassel, Cetre, Challe, Champomier, Cornil, Coutant, Danger, Delfour, Deligny, Delorme, Desbertrand, Desourteaux, Dezon, Dubosc, Ducroquet, Duplant, Duval. Egrot, Enard, Ganault, Geoffroy-Saint-Hilaire, Gerin, Giroud, Gourivaud, de Grenier de Latour, Hubert, Huyghe, Josué, Junien-Lavillauroy, Lachatre, Lacroix, Landrevic, Le Cœur, Legay, Le Masson, Leplat, Lucius, Makereel, Marchais, Mascarel, Montier, Morin, Moulon, Penot, Perlis, Piatot, Picard, Pierre, Pion, Poitevin, Poret, Quentin, Rabé, Raimond, Rebière-Laborde, Rehns, Rehns, Reille, Renaud, Riberaud, Richaud, Rist, Rocca, Roges, Rouma, Rudaux, Saizy, Saurel, Serrigny, Stopin, Subercaze, Templier, Terrier, Thiers, Tissot, Vaillant, Vaugien, Verdin, Verger et Virtely.

Armée territoriale. — Sont nommés au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Descargues, Pages et Passabosc, médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de medecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs Batigne, Campaignac, Debuchy, Delbecque, Du Pasquier, Lapalle, Lemariey, Sereno, Thibout et Viardot. — Sont nommés au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Mesnard. — Au grade de médecin principal : MM. Reaucar, Le Guen et Piron. — Au grade de médecin de 1re classe : MM. Dubois, Esquer, Brau, Bonain, Vassal et Chabaneix. — A l'emploi de médecin auxiliaire : M. le Dr Brachet.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La *médaille d'or* est décernée à M. le Dr Catelan, directeur de la santé à Marseille, à raison des services exceptionnels qu'il a rendus en cette qualité pour assurer la protection du territoire contre l'importation du choléra et de la peste. La même médaille, en *argent*, a été décernée à Mme Caron, institutrice à Royallieu-Compiègne (Oise), pour le dévouement dont elle a fait preuve à l'occasion d'une épidémie de diphtérie qui a sévi en 1899 dans cette localité. — La *médaille d honneur* des épidémies, en récompense de leur dévouement, a été décernée à MM. Mettetal, Millet, Mainguy, internes des hôpitaux; Dionis du Séjour, Guibal, externes, et aux infirmières Mlles Buiard (Trousseau), Gezequel (Trousseau), Huguiri (Trousseau), Gérard (Enfants-Malades) et Mme Térion (Enfants-Malades).

Un décret du 22 juillet 1899 règle ainsi les degrés de la médaille d'honneur des épidémies (bronze, argent, vermeil et or. Les titulaires sont autorisés à porter la médaille suspendue à un ruban tricolore. Ce ruban est simple pour la médaille de bronze et d'argent; il porte pour la médaille de vermeil et d'or une rosette, également tricolore, dont le diamètre est fixé à 1 centimètre. Nul ne peut obtenir la médaille de vermeil ou d'or s'il n'est déjà titulaire de la médaille de bronze ou d'argent ou s'il n'appartient à l'ordre de la Légion d'honneur. Il peut être décerné des mentions honorables, qui font l'objet d'un diplôme spécial.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de : M. le Dr DIDIER GEORGES, de Bruyères (Vosges). — M. le Dr THIERRY, maire de Contrexéville. — M. le Dr L. BERRY (de l'Hermenault, Vendée). — M. le Dr BODEAU (de Niort). — M. E. Martin, directeur de l'Institution nationale des jeunes aveugles, président de la Société de Placement et de Secours en faveur des élèves sortis de l'Institution nationale des jeunes aveugles.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 33. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 19 AOUT 1899.

Le Progrès Médical

SYPHILIGRAPHIE

L'hérédité dans la syphilis ;

Par le Dr Paul RAYMOND,
professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier,
chargé du cours de Pathologie générale.

A la lumière des acquisitions récentes de la science expérimentale, s'éclairent une foule de questions que l'observation des malades avait depuis longtemps déjà mises en relief, preuve nouvelle du mutuel appui que se prêtent le laboratoire et la clinique, preuve aussi de la fausseté de cette prétention qui ferait négliger celle-ci au profit de celui-là. Au nombre de ces questions, se trouve celle de l'hérédité des maladies infectieuses.

Dans ces leçons de pathologie générale, j'ai eu l'occasion de vous dire qu'il ne fallait reconnaître que trois causes à la maladie : l'hérédité, l'infection, l'intoxication, et le jour n'est pas loin, certainement, où l'on enseignera que ces deux dernières se confondent, car l'infection n'est, à tout prendre, qu'une intoxication.

Dans certains cas, ces deux grandes causes de la maladie, l'hérédité et l'infection, se réunissent, se combinent : l'hérédité des infections est trop connue pour que j'insiste. Je l'envisagerai dans les diverses maladies infectieuses et, notamment, dans cette triade de maladies si exactement superposables : la syphilis, la tuberculose et la lèpre. Je commencerai par l'hérédité de la syphilis : de toutes les affections héréditaires, aucune, en effet, ne saurait mieux faire comprendre les lois de l'hérédité telles que nous les avons déjà envisagées pour d'autres processus morbides.

Si je voulais vous retracer les phases par lesquelles a passé cette question de l'hérédité de la syphilis, qui vous paraîtra aujourd'hui si simple, les luttes qu'ont soutenues les syphiligraphes qui avaient découvert un coin de la vérité, il me faudrait plusieurs leçons et ce serait sans grand profit, car la plupart de ces notions sont à présent bien assises, et je crois préférable de résumer les principes qu'il faut retenir, tout en cherchant à expliquer les faits et aussi leurs exceptions.

Examinons donc les conditions dans lesquelles peut s'exercer l'hérédité de la syphilis.

Trois cas peuvent se présenter : 1° Le père et la mère sont syphilitiques ; 2° le père seul est syphilitique ; 3° la mère seule est syphilitique.

Le père et la mère sont syphilitiques (*hérédité paternelle et maternelle ou mixte*). Si l'infection est récente, l'enfant, en admettant qu'il vienne au monde, naîtra syphilitique.

L'époque de l'infection syphilitique des parents la plus redoutable pour le fœtus est la première année (Neumann). Si l'infection est ancienne, si les générateurs sont à la phase tertiaire de la syphilis, l'enfant naîtra sain, *dans la majorité des cas.*

On a beaucoup discuté sur l'infection de l'enfant par des générateurs en état de syphilis tertiaire, les uns soutenant la possibilité du fait, les autres le niant non moins énergiquement. Cela tient à ce que cette dénomination de syphilis tertiaire est mauvaise et qu'elle comprend des phases fort différentes de l'infection. Ce qu'il faut savoir, c'est que si le générateur est à une date relativement récente de son chancre, il est à craindre pour sa descendance. Si, au contraire, un long espace de temps s'est écoulé depuis le début de la syphilis et surtout depuis la manifestation d'accidents contagieux, le danger peut avoir complètement disparu pour l'enfant. Si les deux générateurs, alors même qu'ils sont infectés depuis peu de temps, ont été traités avant la conception, l'enfant *pourra* naître sain. Vous voyez, en somme, l'influence du temps et du traitement sur l'hérédo-syphilis.

Je viens de dire : si l'infection est récente, l'enfant, *en admettant qu'il vienne au monde*, naîtra syphilitique. La règle, en effet, en semblable occurrence, est que la femme avorte. La syphilis tue l'enfant *in utero*. Ce n'est qu'ensuite, lorsque l'infection vieillit, ou lorsque survient l'influence du traitement, qu'intervient la loi de Kassowitz ou de Diday, loi de décroissance des accidents : avortements, enfants mort-nés, enfants syphilitiques, enfants sains.

Cette loi n'est pas fixe, d'ailleurs, et, après un enfant sain, peuvent naître des enfants syphilitiques. Les raisons de tels faits sont multiples ; j'en ai, pour ma part, publié un exemple (1).

(1) Syphilis conceptionnelle (*Annales de Dermatologie*, 1891. p. 165.)

Le père seul est syphilitique. Hérédité paternelle. — Des volumes entiers ont été consacrés à cette question aujourd'hui encore discutée par certains, bien qu'elle doive être pourtant tenue pour définitivement réglée. Plusieurs cas peuvent se présenter lorsque le père est syphilitique au moment de la fécondation.

1° *Un père syphilitique engendre un enfant sain.* — De cela, les exemples sont si nombreux qu'on s'est même basé sur eux pour soutenir que le père ne pouvait donner la syphilis à son enfant. Une telle opinion, qu'on pouvait croire à jamais abandonnée, était encore défendue récemment par M. Merger (1) qui, la rajeunissant en se basant sur des considérations d'embryogénie, prétend que cette infection ne peut avoir lieu. Le seul tort de la thèse qu'il défend est, d'ailleurs, de manquer à sa base du moindre fait d'observation. La clinique nous enseigne que le père syphilitique peut engendrer un enfant sain dans les trois conditions que voici :

a) Dans le cas de syphilis récente. C'est le cas le plus rare, et il faut ici reconnaître l'influence de l'hérédité unilatérale, celle de la mère, qui devient prépondérante. Un curieux exemple, déjà ancien malheureusement, et resté unique, mais que nous garantit le talent de celui qui l'a observé, a été rapporté par Trousseau. Il s'agit de jumeaux nés d'un père syphilitique et d'une mère saine. L'un d'eux naquit syphilitique et mourut; l'autre, une fille, demeura indemne. L'hérédité unilatérale normale ou pathologique est, dans ce cas, aussi manifeste que possible. Or, les hérédités unilatérales ou uniparentales ont des chances égales (A. Sanson) : de l'union d'un homme syphilitique avec une femme saine peut donc résulter aussi bien un produit sain qu'un produit syphilitique.

b) Dans le cas de syphilis ancienne.

c) Dans le cas de syphilis traitée.

Nous avons déjà examiné ces deux dernières conditions et nous reconnaissons l'influence du temps et du traitement.

Il est enfin des conditions dont on ne me paraît pas tenir compte, et qui jouent, à n'en pas douter, dans la syphilis, le même rôle que dans toute infection : ce sont les conditions d'hygiène, de sexe, de résistance individuelle, de terrain, en un mot, et peut-être aussi de graine et de quantité de virus qui font que nous ne sommes pas égaux devant la syphilis dans son évolution et dans sa transmission non plus, certainement.

2° *Un père syphilitique engendre un enfant syphilitique.* — Fait impossible pour Cullerier mais défendu par Kassowitz, sans parler des multiples syphiligraphes qui se sont rangés à l'opinion de l'un ou de l'autre. Un fait d'observation est celui-ci : un père syphilitique engendre un enfant syphilitique; la mère reste indemne et a, d'un deuxième mari sain, des enfants sains. Je sais bien qu'on pourrait objecter que la mère n'a eu qu'une syphilis atténuée, non transmissible, qu'elle en a guéri, etc.

Un autre fait d'observation est le suivant : cette mère que l'examen le plus minutieux permet de considérer comme saine, peut être infectée après la naissance de son enfant syphilitique, soit par cet enfant, ce qui est rare (exception à la loi de Colles-Baumès), soit par tout autre syphilitique. Ajoutons enfin qu'il est de notion courante que lorsqu'une femme a fait plusieurs fausses couches dues à la syphilis du père, il suffit que celui-ci soit traité, pour que la femme mène à bien une grossesse ultérieure. De tels faits prouvent que la mère peut rester saine, c'est-à-dire, par suite, que la syphilis provient bien du père. Le pouvoir infectant du père est d'autant plus accusé que l'infection est chez lui de date plus récente : il va en décroissant.

La mère seule est syphilitique. Hérédité maternelle. — Il importe tout d'abord d'établir une distinction et c'est pour ne l'avoir pas faite, que les auteurs ont obscurci comme à plaisir cette question déjà si controversée.

On ne peut entendre par syphilis héréditaire que celle qui est transmise par les générateurs infectés *avant* la fécondation. Pour le père, il est superflu de discuter, mais la mère peut être syphilisée avant la conception ou après elle. Dans le premier cas seul il s'agit d'hérédité syphilitique. La syphilis post-conceptionnelle transmise au fœtus n'est qu'une syphilis congénitale, elle ressortit par suite, non plus à l'histoire de l'hérédité, mais à celle de la contagion. C'est la vérole sanguine de Diday, par opposition à la vérole ovulaire, et nous verrons que si dans certains cas elle se comporte comme la syphilis héréditaire vraie, souvent aussi elle en diffère, ce qui prouve la nécessité des distinctions : au sens biologique du mot, un caractère normal ou pathologique ne peut être transmis héréditairement que lors de la fécondation : après elle, c'est d'une contagion congénitale qu'il s'agit.

Deux cas donc à considérer : a) *syphilis maternelle antéconceptionnelle.* C'est par conséquent la seule hérédité maternelle au sens propre du mot qui soit à considérer. Si l'infection est ancienne, la mère donne naissance à un enfant sain : nous avons déjà discuté cette éventualité en parlant de l'hérédité paternelle : inutile d'insister.

Si l'infection est récente, les résultats pour l'enfant sont terribles. Il est tué *in utero*, ou s'il vient au monde il est syphilitique. La syphilis antéconceptionnelle est d'autant plus grave qu'elle est contractée à une époque plus voisine de la conception.

L'influence du traitement est évidente en pareil cas : la mère peut ainsi conduire sa grossesse à terme et avoir un enfant en général syphilitique, mais enfin un enfant, qui pourra guérir par le traitement : elle pourra même avoir un enfant sain. D'une mère syphilisée avant la conception peut naître, en effet, un enfant sain ; c'est là un fait qui a été signalé bien que, à vrai dire, les renseignements soient incomplets. Il ne suffit pas de constater que l'enfant paraît sain à sa naissance : il faut le suivre au moins pendant les trois premières semaines qui sont, on le sait, une phase de latence pour la syphilis héréditaire. Cette syphilis elle-même pourra être tardive. Il faut enfin signaler l'influence du temps et du traitement, nous l'avons vu : on pourra discuter alors l'influence de l'hérédité unilatérale, l'enfant ayant échappé, de par son père sain, à la syphilis. Cette immunité est, à vrai dire, bien peu probable en ce cas : à l'infection ovulaire s'ajoute, en effet, l'adultération sanguine de la mère. Nous n'avons pas la preuve de l'infection ovulaire, mais la transmission de la syphilis par le spermatozoïde nous montre qu'elle est réelle.

b) *Syphilis maternelle post-conceptionnelle* (*syphilis congénitale*). La mère peut contracter la syphilis après la conception comme elle peut contracter toute maladie infectieuse et la syphilis se comporte alors vis-à-vis de l'enfant comme une variole, une pneumonie, etc.

La transmission de la syphilis se fait alors non plus

(1) Etude critique sur la syphilis conceptionnelle, th. Paris, 1896.

par l'ovule, mais par le placenta. Encore une fois, il ne s'agit pas ici d'hérédité mais de contagion, et si je réunis de tels faits, c'est afin de permettre la compréhension de résultats en apparence dissemblables et paradoxaux. La syphilis post-conceptionnelle contractée dans la première moitié de la grossesse se comporte comme la syphilis antéconceptionnelle : l'enfant, s'il vient au monde, naît syphilitique. Si la syphilis a été contractée dans la deuxième moitié de la grossesse, l'enfant a les plus grandes chances de naître sain. Ce n'est pas non plus sans discussion qu'une telle doctrine a fini par s'établir. Le fait a été longtemps nié, puis on a admis qu'un enfant dont la mère a été contagionnée au neuvième mois de sa grossesse pouvait naître sain, puis on a reporté cette immunité au huitième mois, puis aux cinq derniers mois. Il faut savoir deux choses : tout d'abord il n'y a rien d'absolu et un enfant dont la mère a été contagionnée dans les derniers temps de sa grossesse pourra naître syphilitique. Cet enfant aura pourtant d'autant plus de chances de naître sain que la contagion de la mère s'est faite à une période plus avancée de la grossesse.

Telles sont, d'une façon un peu schématique, les données à retenir sur l'hérédo-syphilis. Elles peuvent paraître complexes : tantôt la syphilis passe des générateurs à l'enfant; tantôt elle ne passe pas. Nous commençons à en soupçonner la raison, grâce aux recherches expérimentales de ces dernières années, mais pour vous montrer combien le problème est compliqué, examinons d'autres faits qui sont pour la mère ou pour l'enfant, des conséquences immédiates de cette hérédité syphilitique.

Voici un enfant procréé syphilitique par son père : il naît syphilitique et sa mère ne prendra pas de lui, en l'allaitant, par exemple, la maladie dont il est porteur. C'est la loi de Colles-Baumès. Que s'est-il donc passé ? Cet enfant, enseigne M. Fournier, a contaminé sa mère *in utero*; cette mère est syphilitique et c'est pour cela qu'elle résiste aux plaques muqueuses de son enfant. Cette syphilis ainsi contractée, c'est la syphilis conceptionnelle. Tantôt cette syphilis se manifeste d'une façon précoce : on constate chez la mère tous les signes de syphilis pendant sa grossesse, mais le chancre, bien entendu, fait défaut; c'est une syphilis décapitée. Tantôt la syphilis ne se montre qu'une ou plusieurs années après la naissance de l'enfant; il s'est agi d'une syphilis conceptionnelle latente et ce sont ces syphilis tertiaires tardives qui ont si longtemps obscurci la question. La mère qui allaite son enfant syphilitique sans être contaminée par lui peut être saine d'apparence, mais elle n'en est pas moins syphilitique. Sachez attendre le jour où elle vous présentera les accidents qui vous feront vous incliner.

Messieurs, la doctrine de M. le Pr Fournier n'est pas exacte car elle est trop absolue. Je dois la discuter et vous montrer la grande part de vérité qu'elle contient mais aussi son exagération. Poursuivons le raisonnement et vous allez voir à quelles conséquences graves mais fausses heureusement elle conduit. Une mère a donné le jour à un enfant syphilitique de par son père : vienne un second mari; ses enfants porteront-ils donc la tare du premier ? Non, Messieurs, et dans l'immense majorité des cas, cela n'est pas : ici encore la théorie de l'imprégnation est fausse ainsi que je vous l'ai montré. C'est donc que cette mère, contrairement à l'opinion de M. Fournier, n'est pas syphilitique. Une autre preuve qu'elle est indemne c'est qu'elle peut être contagionnée par son enfant syphilitique (exception à la loi de Colles; une trentaine de cas connus) ou par tout autre. C'est qu'il faut, en effet, distinguer. Oui, dirons-nous avec M. Fournier, la syphilis conceptionnelle existe et la mère peut être infectée suivant le mécanisme invoqué par Diday, du fait seul de son enfant syphilitique. Peu importe d'ailleurs le comment de cette infection et l'on discutera encore longtemps sur ce point. Oui, de telles femmes sont syphilitiques et oui, par conséquent, elles pourront avoir d'autres maris sains des enfants syphilitiques. Mais, dirons-nous, à l'inverse de M. Fournier : non, ces femmes ne sont pas toujours syphilitiques : elles sont réfractaires aux accidents contagieux de leur enfant (loi de Colles) parce qu'elles sont en état d'immunité. Il y a entre elles et les autres une différence capitale, celle de la maladie à la santé. Les premières sont syphilitiques ; les secondes sont immunisées et ce sont elles qui auront d'autres maris sains des enfants sains; ce sont elles qui lorsque leur immunité souvent précaire aura disparu, contracteront la syphilis de tout porteur, voire même de leur enfant syphilitique.

Voyons donc ce que nous apprennent les recherches récentes sur le passage des micro-organismes et des toxines microbiennes à travers le placenta. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les expériences de Straus et Chambrelent, de Grancher, de Malvoz, de Chantemesse et Widal, de Netter; celles plus récentes de Birch-Hirschfeld et Lubarsch, de Lannois et Briau, de Charrin, etc., sur la perméabilité placentaire. Les premières de ces expériences montrent le passage de la bactérie pathogène à travers le placenta. Les secondes, celles de Charrin et Gley, de Charrin et Nobécourt notamment, montrent que les toxines peuvent passer de la mère au fœtus et du fœtus à la mère (1). Une toxine diphtérique ou tétanique, par exemple, injectée au fœtus, traverse le placenta et va tuer la mère. Fait important, les femelles qui survivent ne sont pas vaccinées, mais on peut obtenir cette vaccination si l'on se sert de toxines pyocyaniques. Une toxine microbienne injectée à la mère détermine de même des phénomènes sur lesquels nous reviendrons. Tout en reconnaissant que la question présente encore de multiples inconnues, nous pouvons d'ores et déjà déduire des faits expérimentalement constatés, les propositions que voici : 1° Le virus peut passer en nature dans la syphilis comme dans d'autres infections. Il traverse notamment le placenta lorsque celui-ci présente des altérations et ces altérations paraissent être favorisées par une longue imprégnation par les toxines microbiennes; mais il y a encore bien des recherches à faire sur ce point; 2° le placenta présente pour le virus une barrière infranchissable, mais ses toxines le franchissent.

Appliquons ces données à la clinique. Dans le premier cas, passage du virus, la mère est syphilitique et nous assistons à l'évolution de cette syphilis décapitée, de cette syphilis conceptionnelle à manifestations précoces ou tardives. Dans le deuxième cas, la mère est simplement vaccinée et son immunité sera ce qu'elle est toujours, essentiellement variable : durant parfois assez longtemps pour que la mère ne contracte pas la syphilis de son enfant syphilitique pendant toute la durée des accidents contagieux de ce dernier, puis s'éteignant à la longue, elle sera si écourtée dans d'autres cas, qu'il semble même qu'elle n'existe pas, comme si le placenta qui n'a pas laissé passer les germes, n'avait pas même

(1) *Archives de Physiologie*, 1895 et 1896. *Académie des Sciences*, août 1898.

laissé passer les toxines immunisantes, comme dans l'expérience de Charrin. C'est dans ce cas que la mère pourra être contagionnée par son enfant syphilitique (la trentaine d'exceptions à la loi de Colles). Chose curieuse et qui mérite de retenir votre attention tant elle a d'importance dans la pratique de tous les jours; la plupart des observations signalées comme exceptions à la loi de Colles visent des femmes enceintes pour la première fois. L'immunité serait donc plus difficile à acquérir pour elles et voyez l'intérêt de ce fait : on enseigne qu'une mère peut allaiter sans danger son enfant syphilitique; méfiez-vous s'il s'agit d'un premier né : pensez aux exceptions à la loi de Colles; songez que la mère peut n'être pas immunisée et adressez-vous pour l'enfant à l'allaitement artificiel.

La mère d'un enfant syphilitique *ex patre* n'est donc pas fatalement syphilitique et l'on peut même avancer qu'il en est ainsi dans l'immense majorité des cas. Cela ne veut pas dire, bien entendu, que je nie la syphilis conceptionnelle et que je partage l'avis de ceux qui n'y voient qu'une contagion ordinaire ayant passé inaperçue, ou encore une syphilis dérivant d'un chancre intra-utérin de par le sperme, etc. Ce que je vous en ai dit suffit à montrer à quelle opinion je me rattache et tant qu'on ne parlera que de portes d'entrée inconnues, de syphilis d'emblée ou de contamination par le sperme *in utero*, je me croirai autorisé à la défendre.

Abordons maintenant un autre ordre de faits où nous aurons à faire intervenir encore la perméabilité placentaire et que les recherches sur le passage des germes ou des toxines éclairent aussi bien qu'elles nous ont donné la clé des phénomènes précédents. Ce sont d'abord les cas de syphilis post-conceptionnelle. La clinique nous a enseigné que si cette syphilis est contractée par la mère dans la première moitié de la grossesse, l'enfant naissait syphilitique. L'expérimentation nous répond que sous l'influence de la longue secrétion des toxines le placenta a présenté des altérations qui l'ont rendu perméable : le virus syphilitique a passé; l'enfant est contaminé. Mais la clinique nous apprend aussi que si l'infection maternelle ne remonte qu'aux derniers mois de la grossesse, l'enfant naîtra sain le plus souvent. Ce sont ces cas qui ont le plus frappé les syphiligraphes et pour les expliquer on a fait intervenir la résistance plus grande du fœtus à mesure qu'il est plus âgé, on a fait valoir que le sang maternel n'est pas encore intoxiqué, que le chancre reste une maladie locale un certain temps, etc., etc. La solution du problème me parait encore apportée par les résultats de l'expérimentation. Le placenta indemne ne se laisse pas traverser par les germes de la syphilis. Mais que sera cet enfant d'une mère syphilitique? Le voici né à terme ou peu avant et tout à fait sain, nous apprend la clinique. Fait d'un intérêt majeur, cet enfant sain sera nourri par sa mère syphilitique et il ne prendra pas d'elle la syphilis : telle est la loi de Profeta. Pourquoi? C'est qu'il est syphilitique, disent les uns. Non, répondrai-je avec d'autres syphiligraphes, cet enfant n'est pas syphilitique, et la preuve c'est qu'il pourra, après un temps à déterminer, contracter de tout autre, voire de sa mère, la syphilis. Il est simplement immunisé et chez lui l'immunité sera ce qu'elle est toujours, nous l'avons dit, essentiellement variable. Les toxines seules ont passé et elles ont suffi à immuniser cet enfant. Dans certains cas même, très rares à la vérité, ces toxines n'ont pas passé du tout ; l'enfant n'a pas été immunisé et la mère l'a contagionné *après sa naissance*. Ce sont là les exceptions à la loi de Profeta (une quinzaine de cas connus).

Mais vous vous apercevez que tout ce que je viens de vous dire pour l'infection de la mère à l'enfant, je vous l'ai déjà dit pour l'infection de l'enfant à la mère. C'est que la loi de Profeta est, en effet, pour l'enfant, ce que la loi de Colles est pour la mère : ce sont des faits en tout point superposables et qui trouvent leur même explication dans les mêmes recherches sur la perméabilité placentaire aux microorganismes et à leurs toxines. Poursuivons : cet enfant né d'une mère syphilitique est seulement immunisé, avons-nous dit; mais ne généralisons pas; il peut être aussi syphilitique; et, de même que nous avons vu des mères les unes immunisées, les autres syphilitiques, de même nous voyons des enfants immunisés et contractant plus tard la syphilis, mais d'autres aussi, bien et dûment syphilitiques, ainsi qu'en témoignent les manifestations tardives qu'ils présenteront. S'il est permis de conclure des faits précédents aux faits en question, on peut penser que dans ces cas la graine a traversé le placenta et je vous rappelle que ces faits s'observent lorsque ce placenta a été longuement influencé par le virus syphilitique, lorsqu'il a présenté par suite les lésions qui permettent aux germes infectieux de le traverser. C'est dans la syphilis anté-conceptionnelle ou dans la syphilis postconceptionnelle des premiers mois, que l'enfant vient au monde syphilitique. L'enfant sera donc syphilitique ou seulement immunisé; et, comme cette immunité est variable dans sa durée, dans ses degrés; comme de tels sujets paraissent être toujours réfractaires à la contagion syphilitique, on les a considérés comme syphilitiques, ce qui est une erreur. Certains auteurs ont pensé que ces enfants pouvaient à leur tour transmettre cette syphilis (E. Besnier, Fournier, Lannelongue) ou cette immunité (de Maïeff), mais ces opinions me paraissent devoir s'appuyer sur de nouvelles recherches. L'immunité transmise de la mère au fœtus semble même disparaître plus rapidement que l'immunité transmise du fœtus à la mère, ce qui semble paradoxal : je ne vous donne une telle conception que sous toutes réserves.

L'observation des autres maladies infectieuses et les données expérimentales nous ont donc permis d'interpréter la loi de Profeta aussi bien que la loi de Colles. Les mêmes phénomènes se reproduisent dans des conditions qui sont seulement inverses, retournées si l'on peut dire, et sans nous dissimuler la part d'hypothèse qui existe encore forcément dans ces explications, puisque l'on a à peine pénétré dans cette voie, il faut convenir que les résultats que nous devons à des faits bien établis sont assez précis pour que nous puissions conclure qu'il y a plus qu'une vraisemblance et que nous avons entrevu la vérité.

L'hérédité dans la syphilis peut enfin s'exercer d'une autre façon, se traduire, non plus par des accidents du même genre que ceux qui ont évolué chez les parents, mais par la transmission d'un terrain particulier, résultant de troubles de la nutrition. On observe alors dans la syphilis, ce que l'on voit à la suite de toute infection, des modifications de la vie cellulaire qui impriment à la descendance des syphilitiques comme à celle des tuberculeux, par exemple, une marque spéciale. Les modifications nutritives produites par la maladie dans l'organisme des générateurs, se retrouvent chez l'enfant, parce que les réactions cellulaires sont essentiellement transmissibles par hérédité.

L'enfant né d'une mère infectée, par exemple, ne croît pas comme l'enfant né d'une mère saine : il perd une grande quantité d'urée, d'acide phosphorique. Il assimile mal et désassimile beaucoup : il perd en poids.

Son urine est toxique alors que l'urine des nouveau-nés sains l'est à peine. Dans la syphilis comme dans les autres maladies infectieuses, l'hérédité s'exerce donc similaire ou dissemblable. Examinons en quoi consiste cette répercussion hétéromorphe, à distance. Nous connaissons les enfants, petits, chétifs, mal venus, des tuberculeux, et nous pouvons leur comparer les enfants malingres, vieillots, athrepsiques, des syphilitiques. Les premiers sont bacilliphiles au suprême degré; les seconds prendront toutes les maladies qu'ils rencontreront sur leur route. Ils présenteront ces tares organiques, ces troubles de la nutrition qui vont de la lenteur de la croissance à la tératalogie, et l'on ne sait pas assez que nombre de difformités, d'arrêts de développement, pied bot, spina bifida, bec de lièvre, ectrodactylie, hémimélie, etc., ne sont que des manifestations héréditaires de la syphilis, de par l'action des toxines des générateurs sur le produit de la conception. Gley, Charrin et Nobécourt, etc., ont établi, nous l'avons vu, l'influence sur la descendance des toxines des parents. Ces observateurs ont noté, chez les animaux, un retard de la croissance, un poids inférieur à la normale et aussi des arrêts de développement, des malformations. que les deux générateurs ou même que le mâle seul, fait bien intéressant, fussent infectés, et, chez les enfants issus de mères infectées pendant leur grossesse, le même retard dans la croissance relevant d'une azoturie constante. Nous observons donc en clinique, alors même que les enfants nous paraissent aussi sains que possible, les mêmes phénomènes que nous révèle l'expérimentation.

Toute infection des parents, avons-nous vu dans nos précédentes leçons, qui précède de peu l'acte de la procréation est, au plus haut chef, redoutable pour le nouvel être. La syphilis est, à cet égard, la plus dangereuse des infections, celle dont il importe le plus de bien connaître les effets, lorqu'on s'occupe de ces graves problèmes de l'hérédité.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Epidémie de fièvre typhoïde à Bicêtre (*suite*) (1);

PAR BOURNEVILLE ET CHAPOTIN.

Nous continuons l'exposé des cas de fièvre typhoïde terminées par la mort et qui offrent des particularités intéressantes :

OBS. XVIII. — **Fièvre typhoïde chez un infirmier.**

Del..., infirmier, 21 ans. Malade depuis plusieurs jours, est entré à l'Infirmerie générale le 24 novembre. Jusqu'au 6 décembre, température très élevée, se maintenant entre 40° et 41°. Signes pulmonaires minimes, par contre signes gastro-intestinaux très intenses : fuliginosités des lèvres et des gencives, état saburral de la langue; anorexie très prononcée; ventre ballonné et très sensible, taches rosées multiples, diarrhée abondante et très fétide. Léger délire. — Les battements du cœur se maintiennent assez énergiques.

A partir du 17 décembre, la température a commencé à décroître, en même temps que le malade prend régulièrement un gramme de sulfate de quinine. La convalescence s'effectue très lentement. A partir du 25 décembre, la température oscille entre 37° et 38° jusqu'au 10 janvier. A cette époque, le malade fait une rechute qui dure jusqu'au 21 janvier : la température n'a pas dépassé 39°, puis elle est retombée aux environs de 37°. Mais par la suite l'état général ne s'est pas amélioré d'une manière sensible : le malade, dans un grand état de maigreur, présente des phénomènes de dénutrition très intenses et *succombe brusquement à une syncope* le 9 février.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 32, p. 97.

OBS. XIX. — **Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions. Fièvre typhoïde, perforation intestinale.**

SOMMAIRE. — *Père arriéré, se livre à l'onanisme jusqu'à un âge avancé. — Grand-père paternel « simple d'esprit » — Arrière grand-père paternel, esprit faible, mort cancéreux. — Mère rien de particulier. — Arrière grand'mère maternelle très nerveuse. — Arrière grand-père paternel suicidé. — Un oncle et une tante maternels morts d'apoplexie. — Un frère idiot et une sœur imbécile.*

Pas de consanguinité. — Différence d'âge de 7 ans.

Accouchement avant terme. — Gémellarité. — Attaques de faux croup. — Diarrhée fréquente, ascarides. — Rougeole à 8 ans. — Scarlatine à 9 ans. — Fièvre typhoïde, perforation. — Mort.

Autopsie. — *Perforation à la partie terminale de l'intestin grêle. — Pas de péritonite généralisée. — Congestion pulmonaire. — Quelques adhérences pie-mériennes.*

X... (G...), né le 25 novembre 1881, est entré à l'hospice de Bicêtre le 4 novembre 1889.

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère en novembre 1889.*) — PÈRE, 40 ans, employé à la Banque, est « simple d'esprit », dit la mère, et n'a pu entrer dans cette administration que grâce à de multiples protections. Pas de suite dans les idées; « son écriture et son raisonnement sont ceux d'un enfant » : il entre dans de violentes colères sous un prétexte futile. Sobre, ne fume pas. Pas de migraines, pas de névralgies, pas de rhumatismes, pas de maladies de peau. Sujet à de petites *crises nerveuses* s'accompagnant d'oppression, spasmes, pleurs, et durant une demi-heure environ. Réformé du service militaire pour faiblesse de constitution, s'est marié à 32 ans : masturbateur endurci, il lui arrivait souvent dans les premiers temps de son mariage de se livrer à l'onanisme auprès de sa femme, bien que celle-ci ne lui eût point refusé les rapports. Il cherche aussi à avoir sa fille dans son lit; sa femme l'a surpris les mains sur les parties génitales de l'enfant.

[Son *Père*, 75 ans, huissier retraité du ministère des finances, ne sait pas lire. Bien portant ; caractère faible, sujet à de *violents accès de colère*. — *Mère*, 60 ans, très intelligente. — *Grands-parents paternels*, pas de renseignements. — *Grand-père maternel* « simple d'esprit », mort d'un *cancer de l'estomac*. — *Grand'mère maternelle* intelligente, morte à 82 ans. — Ni *frères* ni *sœurs*. — Une *tante maternelle jumelle* morte en naissant. Pas d'autres renseignements sur le restant de la famille.]

MÈRE, 35 ans, s'occupe des soins du ménage. Intelligente et bien portante, pas nerveuse, aurait eu dans son enfance des adénites suppurées du cou. *Migraines* fréquentes surtout avant et pendant les règles. Pas de maladies de peau, pas de rhumatismes, pas de névralgies. — [*Père*, 77 ans, très nerveux, n'a jamais été malade. — *Mère*, 70 ans, bien portante, pas nerveuse, aurait eu la gravelle. — *Grand-père paternel* mort d'une maladie de cœur. — *Grand'mère paternelle* très nerveuse, sujette à de *fréquentes attaques*, est morte du choléra. — *Grand-père maternel* s'est *suicidé* après des affaires de bourse. — *Grand'mère maternelle* morte à 78 ans d'une fluxion de poitrine. — Pas d'oncles paternels. — Une seule *tante paternelle* morte *tuberculeuse*. — Neuf *oncles* ou *tantes maternels* : trois tantes vivantes, plus que septuagénaires ; les autres sont morts de fluxion de poitrine, de la pierre, deux oncles et une tante sont morts d'*apoplexie*. — *Quatre frères* dont un mort-né ; des trois autres, aucun n'a eu de convulsions : l'un est mort à quelques mois après une chute sur la tête ; l'autre est mort à vingt-sept ans des suites d'une affection syphilitique, présentant de la nécrose d'un fémur ; le troisième est mort des fièvres en Cochinchine. — Une *sœur* morte de la *coqueluche* à un âge peu avancé. — Dans le reste de la famille pas d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de difformes, etc.] (1).

(1). Le *grand-père paternel* de l'enfant est mort en 1896, à l'âge de 80 ans d'un *cancer de la joue*. — Son *grand-père maternel* est mort en 1898 à 84 ans d'une congestion pulmonaire ; il avait conservé son intelligence. Une *grand'tante maternelle* est morte à 88 ans, également en 1898, avec toute sa connaissance. « On vit vieux dans les deux familles. » (Renseignements donnés en 1899.)

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de sept ans.

Trois enfants : 1° garçon, *idiot*, soigné à la 4e section de l'asile de Bicêtre ; — 2° notre malade ; — 3° fille *imbécile, jumelle* avec le malade.

Notre malade. — A la *conception*, père bien portant, mais la mère était convalescente depuis un mois à peine d'une *fièvre typhoïde* ; celle-ci déclare, d'ailleurs, qu'elle n'éprouvait aucune affection pour son mari, mais seulement un sentiment de pitié, qu'elle ne restait avec lui qu'à cause de son fils, qu'elle redoutait d'avoir d'autres enfants malades comme le premier. — *Grossesse* difficile : vomissements, étouffements, œdème volumineux des membres inférieurs et des mains : pas de renseignements concernant l'albuminurie. Pas de traumatismes. — *Accouchement* trois semaines *avant terme* ; grossesse *gémellaire* ; le malade est venu le premier ; *accouchement* facile. — Pas d'asphyxie à la *naissance*. — Élevé au sein par sa mère jusqu'à deux mois, par une nourrice sur place jusqu'à un an. — *Première dent* à dix mois ; *dentition complète* à trente mois. — A *marché* à treize mois, a commencé à être *propre* à deux ans, a prononcé les *premiers mots* vers quatre ans. — *N'a jamais eu de convulsions.* — Sujet à des accès de *faux croup* revenant deux ou trois fois chaque hiver et toujours la nuit. — Pas de coqueluche, de rougeole, de scarlatine, de fièvre typhoïde. — Sujet à la *diarrhée*, a eu beaucoup d'*ascarides*. A six ans, *brûlure* à la tête avec une casserole d'eau chaude (pas de cicatrices). — Pas d'accidents de scrofule (gourme, adénite). A l'âge de six ans et demi, pendant trois mois, le malade a présenté de l'*incontinence d'urine* et parfois même des selles.

C'est vers l'âge de deux ans que sa mère s'est aperçue que G... présentait quelque chose d'anormal : elle ne pouvait lui faire distinguer ses yeux, son nez. Envoyé à l'école à l'âge de trois ans, il n'y a rien fait ; à cinq ans sa mère lui a appris les lettres, mais n'a jamais pu le faire syllaber : il est impossible de fixer un seul instant son attention.

Etat actuel. — *Physionomie* peu intelligente ; G.. a l'air assez bien portant physiquement.

Tête. Le *crâne* offre un volume normal ; les bosses pariétales et frontales sont saillantes, symétriques ; les fontanelles fermées. Cheveux blonds, abondants, bien plantés ; pas d'épi, tourbillon postérieur médian.

Visage de forme allongée. Arcades sourcilières peu saillantes, sourcils blonds, peu abondants, séparés par un intervalle de cinq centimètres. Les fentes palpébrales sont bien ouvertes, égales, les cils longs, bien implantés, sans trace de blépharite ; les pupilles sont égales, normalement dilatées, réagissant bien à la lumière ; il est impossible de savoir si elles réagissent de même à l'accommodation, ni quel est l'état du champ et de l'acuité visuels : le malade ne reconnait pas les couleurs. — Pas de strabisme, d'exophtalmie, de nystagmus. — La *bouche* est régulière, mesure quarante cinq millimètres de longueur ; lèvres assez épaisses ; voûte palatine arrondie, pas de saillie des amygdales. Seules des dents permanentes, les incisives médianes et les premières prémolaires supérieures et inférieures sont poussées ; les dents de lait (incisives, deuxièmes molaires) persistent encore, plus ou moins cariées. Le malade distingue les saveurs agréables, de même pour les odeurs. — Les *oreilles* sont un peu déplissées dans leur partie inférieure, le lobule est aplati et adhérent.

Le *cou*, assez long, mesure vingt-cinq centimètres de circonférence ; quelques ganglions roulant sous le doigt sur les parties latérales du cou.

Thorax régulièrement conformé : auscultation des poumons et du cœur négative. Quelques ganglions dans les aisselles.

Les *membres* sont normaux, symétriques : on n'observe ni troubles de la motilité, ni de modification des réflexes.—*Sensibilité*, fonctions trophiques, rien de particulier.

Puberté. — Corps complètement glabre. — *Verge :* gland découvrable, longueur 5 cm., circonférence 5 cm. *Testicules* situés à la partie supérieure du scrotum, du volume d'un gros noyau de cerise. Région anale saine.

Le caractère de G... est un peu craintif, affectueux, assez gai, il est sujet parfois à des *accès de colère*. Il n'est ni voleur, ni gourmand, n'a pas de tics ; jusqu'à présent on n'a pas observé de tendance à l'onanisme, le sommeil est profond et tranquille. — G.... parle, mais très mal ; il prononce à peu près toutes les lettres de l'alphabet, sauf j-r-x. Il sait endosser ses vêtements, mais ne sait ni se boutonner ni se lacer seul ; il ne sait pas non plus se laver. Sa tenue à table est bonne, il n'a ni salivation, ni régurgitation, ni rumination. Il se sert de la cuiller et de la fourchette, non du couteau. Mis à la petite école, il ne manifeste aucune application ; i est très turbulent, incapable d'attention. Il connait, avons-nous dit, les lettres, mais ne sait pas les arranger pour en faire des syllabes ; il n'a aucune notion des chiffres ni des nombres, non plus que des surfaces ni des solides. Il connait les différentes parties de son corps et de son habillement, ainsi que les principaux objets qui l'entourent.

21 *novembre*. — Entré au pavillon d'isolement. Le malade accuse du mal de tête. La face est rouge, les conjonctives injectées. Quelques taches rouges disséminées sur les lombes et les jambes ; l'abattement est assez marqué. T. R. 38°, 4.

Dans la journée, l'*éruption rubéolique* s'accentue. Au visage, elle envahit seulement le front et le derrière des oreilles ; sur le dos elle est très confluente, beaucoup moins sur l'abdomen et la racine des membres. La toux est fréquente, rauque, la dyspnée assez intense. A l'auscultation, respiration rude et râles sibilants au sommet gauche. Angine érythémateuse, amygdales volumineuses ; ganglions sous-maxillaires et latéraux-cervicaux assez volumineux des deux côtés. — *Soir :* T. R. 40°,5. — *Traitement :* lait, bouillon, potion de kermès, teinture d'iode sur le cou.

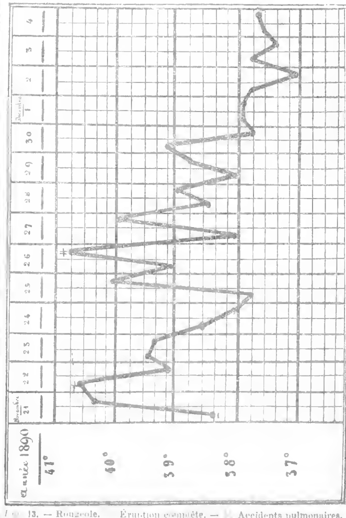


Fig. 13. — Rougeole. — Éruption complète. — Accidents pulmonaires.

22 *novembre*. — L'éruption a complètement envahi le thorax, l'abdomen, la racine des cuisses. Catarrhe oculaire et nasal très prononcé. T. R. 40°,6 et 39°,2.

23 *novembre*. — L'éruption commence déjà à pâlir ; la toux est rauque et toujours très intense. T. R. 39°,5 et 39°,4.

24 *novembre.* — L'éruption pâlit de plus en plus ; pas d'albuminurie. T. R. 38° 6 et 38°.

26 *novembre.* — L'éruption a entièrement disparu, mais les signes pulmonaires persistent ; les quintes de toux, entraînant des efforts nauséeux, surviennent presque sans discontinuer ; murmure vésiculaire très diminué d'intensité. — Urines très chargées en urates. — *Matin* : 39°. — *Soir* : T. R. 40°,8.

27 *novembre.* — Urines très rares, très chargées d'urates ; pas d'albumine.

28 *novembre.* — Oligurie persistante. Submatité à la base du poumon droit ; murmure respiratoire affaibli, quelques frottements et quelques râles disséminés.

30 *novembre.* — État stationnaire, la température oscille entre 38 et 39°. (*Fig.* 13).

2 *décembre.* — La température descend : T. R. 37°, 8 et 37°, 1. Les signes stéthoscopiques diminuent, la toux se fait de plus en plus rare.

15 *décembre.* — Le malade sort guéri.

1890. 22 *juillet.* — G.. X.. est aujourd'hui très énervé, excité, saute sur les infirmières pour les embrasser.

Puberté. Corps complètement glabre. — *Verge* : gland découvrable, longueur 5 cm. 5, circonférence 5 cm. *Testicule gauche* descendu dans les bourses, le droit maintenu au niveau de l'orifice inguinal. — Région anale normale.

7 *octobre.* — Vaccination sans succès.

28 *octobre.* — Entré au pavillon d'isolement, en présentant les signes d'une *fièvre scarlatine* au début. — La maladie, dans son ensemble évolue d'une façon bénigne ; seule, au début, l'angine est assez intense, l'éruption peu marquée, la température atteint 41°, 2 le 30 au soir et la desquamation commence le lendemain. A aucun moment le malade n'a présenté d'albuminurie. Il sort guéri le 17 décembre. (La *fig.* 14 représente la marche de la *température*.)

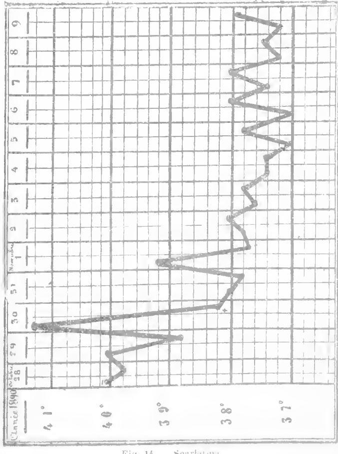


Fig. 14. — Scarlatine.

1891. 20 *janvier.* — G... qui, la veille, a rendu plusieurs vers, entre à l'infirmerie. — Traitement par le calomel.

21 *mai.* — Envoyé à l'infirmerie pour des *troubles gastro-intestinaux* (vomissements et diarrhée).

23 *juillet.* — *Puberté.* Corps complètement glabre. *Verge* : gland découvrable ; longueur 5 cm. 5, circonférence 5 cm. *Testicules* descendus, égaux, du volume d'une olive.

Au point de vue de l'écolage, G... ne fait aucun progrès : il est toujours impossible de fixer son attention.

1892. 2 *juillet.* — *Puberté.* Pas de modifications. — État stationnaire du malade. — *Traitement* par les douches, les bains salés, la gymnastique.

Décembre. — G... a fait, dans le courant de l'année, quelques progrès en classe : il prononce distinctement les r et les bl, ce qu'il ne pouvait faire auparavant ; il commence à syllaber, à reconnaître les chiffres, à compter au boulier. Il sait de même les jours de la semaine, les mois, les saisons et reconnait les différentes parties de son corps. — Caractère un peu fantasque, mais bon cependant.

1893. — Même état, même traitement.

Décembre. — G... parvient à faire quelques phrases et à rectifier certains mots qu'il dénaturait complètement au début : mais la voix est toujours rude et sans aucune modulation. Il a fait des progrès en lecture et en calcul, distingue le masculin du féminin, le singulier du pluriel, reconnait les couleurs, nomme les surfaces. Mais il ne fait aucun progrès en écriture, ne peut même suivre le tracé des lettres ; il n'y met du reste aucune bonne volonté, son attention est toujours aussi instable.

1894. 16 *juin.* — *Puberté.* Pas de modifications.

1895, 1896, 1897. — Pas de changements bien appréciables au point de vue de la santé de l'enfant, non plus que du développement de son intelligence.

1898. *Janvier.* — *Puberté.* — Face glabre. Trois ou quatre poils noirs, courts, frisés, dans l'aisselle droite. Pubis : poils bruns, frisés, assez longs. — *Verge* : pas de phimosis ; longueur : 8 centimètres ; circonférence : 7 centimètres. *Testicules* en place dans le scrotum, du volume d'un œuf de pigeon. — Quelques poils à la région périanale.

20 *juillet.* — X... entre à l'infirmerie, toussant et se plaignant de douleurs dans la poitrine. Depuis trois ou quatre jours, on a observé qu'il était malade, mais cependant l'appétit était conservé. La langue est légèrement saburrale ; pas de vomissements, pas de sensibilité spéciale de l'abdomen, légère diarrhée. — *Soir* : T. R. 40°, 4.

21 *juillet.* — Toux fréquente, mais sans expectoration, submatité à la base droite ; affaiblissement du murmure respiratoire à ce niveau, respiration rude et soufflante au sommet correspondant. — Langue blanchâtre et humide, pas d'augmentation du foie ni de la rate ; diarrhée disparue. — Pas d'albuminurie.

24 *juillet.* — La *température* se maintient aux environs de 40°. Le malade dort peu, mais ne présente cependant ni abattement ni délire, il répond bien aux questions qu'on lui pose, le regard demeure vif, le teint rosé. — La toux persiste en même temps que la respiration devient plus rude. — Langue blanchâtre et sèche au centre ; quelques taches rosées sur la partie supérieure de l'abdomen.

25 *juillet.* — Même état, léger ballonnement du ventre, pas de diarrhée.

26 *juillet.* — La température tombe le matin à 38° et se relève le soir à 40°, 3. Le malade est très affaibli, et les bains froids qui les jours précédents déterminaient des abaissements de température de deux degrés, l'abaissent à peine de deux ou trois dixièmes de degré. — La langue est un peu sèche et on note sur l'abdomen une éruption assez considérable de *taches rosées* et sur la partie antérieure du thorax une éruption confluente de *sudamina.* — *Rate* légèrement hypertrophiée, pas de diarrhée.

27 *juillet.* — Battements du cœur mous et intermittents, extrémités froides et cyanosées. Respiration soufflante et rude aux deux sommets. La température oscille entre 40°, 3 et 39°, 7. La réaction après les bains se fait mieux que la veille.

28 *juillet.* — État stationnaire ; intermittence et faiblesse extrême des battements cardiaques. — Deux ventouses scarifiées à la région précordiale. — T.R. 39°, 8 et 40°, 5.

29 *juillet.* — La température tombe le matin à 39°, 8 et se relève le soir à 40°, 6 ; le malade est plus abattu que les jours

précédents. Belle effervescence de taches rosées sur le flanc gauche, pas de diarrhée. Battements cardiaques faibles et présentant quelques intermittences; extrémités froides. — Moins de râles et de sibilances dans la poitrine. — Traitement : caféine en potion.

30 *juillet*. — Les taches rosées pâlissent sur l'abdomen et au niveau du flanc gauche, mais persistent sur la face antérieure des cuisses; légère diarrhée très fétide. — Battements du cœur réguliers et mieux frappés.

31 *juillet*. — Etat stationnaire. — T. R. 39°, 8 et 40°, 3.

1er août. — T. R. 37°, 6 et 39°. 4.

2 *août*. — Les taches rosées disparaissent de plus en plus. Pas de diarrhée. Abattement assez prononcé du malade.

4 *août*. — Torpeur moins grande. — *Soir* : T. R. 40°,4.

6 *août*. — Diarrhée dans la journée. — T. R. 39°, 2 et 40°, 4.

8 *août*. — Toux plus fréquente; murmure respiratoire affaibli, mais peu de râles. La diarrhée continue. — Le soir à cinq heures, après un bain, le malade est pris de *syncope* avec pâleur et lipothymie, ayant duré près de deux heures. *Matin* : T. R. 38°, 4. — *Soir* : T. R. 41°.

9 *août*. — Etat de torpeur et de pâleur du malade. Sur l'abdomen les taches rosées ont réapparu; pas de ballonnement ni de sensibilité spéciale. — Respiration voilée à la base gauche; râles de congestion assez nombreux à droite.

10 *août*. — Amaigrissement considérable, *escarres* au sacrum et le long du rachis. — Langue chargée et blanchâtre, pas de vomissements, léger ballonnement de l'abdomen, mais sans réaction spéciale à la pression, pas de diarrhée. — Dyspnée assez intense, pas de toux, pas d'expectoration, souffle et râles nombreux à droite, moins abondants et plus disséminés à gauche. — Pouls rapide, mais régulier et assez

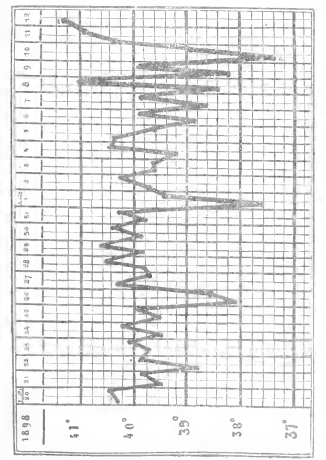


Fig. 15. — Fièvre typhoïde. — M. mort.

bien frappé. — Le matin la température est tombée à 37°, 4 et remonte le soir à 39°.

11 *août*. — Même état; dans la journée, agitation violente traitée par des applications de glace sur la tête et l'injection d'un centigr. de morphine. La température monte progressivement à 41°. *Fig.* 15.)

12 *août*. — *Mort* à 9 heures du matin. La température, deux heures avant la mort, était de 41°, 3.

Traitement. — Le traitement général institué le 24 juillet a consisté en diète lactée et potion de Todd; bains froids toutes les trois heures, chaque fois que la température dépassait 39°; deux lavements froids par jour. Le nombre des bains s'est élevé à 75.

Température après décès.

	Du Corps.	De la Chambre.
Aussitôt la mort	41°. 5	16°
1/4 d'heure après la mort	40°	16°
1 heure » »	39°, 5	17°
2 heures » »	38°	17°
3 » » »	37°	17°
4 » » »	30°	18°
7 » » »	25°	18°
10 » » »	25°	18°
14 » » »	18°	18°
17 » » »	18°	18°

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — TÊTE. — *Cuir chevelu* maigre. — *Crâne* un peu épais (5 à 6 mill. d'épaisseur). Région frontale très étroite. Quatre plaques transparentes au niveau de la fontanelle antérieure. Toutes les *sutures* persistent, aussi bien à la face interne qu'à la face externe; six os *wormiens* sur la suture pariéto-occipitale gauche et trois sur la droite. — *Dure-mère* peu épaisse. — *Apophyse crista-galli* lamelliforme. — Disposition symétrique des différents orifices, des *artères* et des *nerfs* de la base de l'encéphale. — *Glandes pinéale* et *pituitaire* ne présentant rien de particulier. — Les *deux lobes frontaux* sont accolés dans leur quart postérieur.

CERVEAU. — L'*hémisphère cérébral gauche paraît un peu plus petit et un peu moins développé* à la région frontale que le droit. Les circonvolutions des deux hémisphères sont assez complexes et unies par des plis de passage assez nombreux.

Hémisphère droit (570 gr.). — La décortication se fait en général assez facilement; toutefois, çà et là, on enlève des fragments de substance surtout à la face interne du lobe frontal, sur le gyrus rectus, sur quelques points de F. A., et principalement sur la moitié antérieure de la circonvolution du corps calleux. Cet hémisphère, un peu plus volumineux que le gauche, est d'une description plus simple. Les grands plis du cerveau (scissure de Sylvius, sillon de Rolando, etc., etc.) y sont bien plus nettement accusés.....

Hémisphère gauche (565 gr.). — Quelques adhérences aux mêmes points que du côté opposé. — Pas d'anomalie au point de vue de la configuration générale. La *scissure de Sylvius* et ses deux branches, le *sillon de Rolando*, la *scissure perpendiculaire externe* et tous les principaux sillons existent et occupent la situation normale.

Lobe temporal. T_1 a son autonomie. Un peu grêle vers la corne occipitale, un seul passage l'unit à son quart antérieur avec T_2. Elle se termine à la partie antérieure du LPI., dont elle est néanmoins séparée par une fissure. T_2 et T_3 sont unies par de nombreux plis de scissures, les sillons qui sont entre elles sont peu profonds, surtout dans leurs deux tiers postérieurs, de sorte qu'il est difficile de les décrire comme deux circonvolutions distinctes. — Rien à noter à l'*insula*.

Face interne. — La face interne ne présente aucune grosse anomalie, F^1 est subdivisée par un sillon longitudinal. Le lobule paracentral, l'avant-coin, le coin, les circonvolutions du corps calleux, de l'hippocampe, tempo-occipitales, etc., ont leur disposition normale, ainsi que les plis fronto-limbique et pariéto-limbique. Il en est de même du corps calleux, des ventricules, des noyaux gris et du pédoncule cérébral.

Sur les deux hémisphères la *pie-mère* est mince et ne présente pas de vascularisation. Pas de foyers de sclérose ni d'aspect chagriné des circonvolutions. — Le *corps strié*, la *couche optique*, la *corne d'Ammon*, ne présentent rien de particulier.

Le *liquide céphalo-rachidien* est en quantité normale. — Le *cervelet*, la *protubérance* et le *bulbe* n'offrent rien à noter.

Cou et thorax. — *Corps thyroïde* (10 gr.), semble normal.

Pas de persistance du *thymus*. — *Poumon droit* (130 gr.), congestion intense, surtout au sommet. — *Poumon gauche* (105 gr.), congestion en foyers disséminés. Pas d'épanchement ni d'adhérences pleurales. Pas d'épanchement péricardique. — *Cœur* (160 gr.), parait normal; *trou de Botal* oblitéré; pas de lésions valvulaires, pas de coloration feuille-morte du muscle.

Abdomen distendu par les gaz. Pas d'inflammation généralisée du péritoine. — Tout près de la portion terminale de l'intestin grêle, *perforation* unique, du volume d'une lentille et très légère inflammation du péritoine circonvoisin. — A l'ouverture de l'intestin, plaques de Peyer gonflées, mais non ulcérées. — *Foie* volumineux; vésicule biliaire distendue par la bile, mais ne contenant pas de calculs. — *Rate* diffluente et volumineuse; état de putréfaction avancé. — *Reins* et *organes génitaux*, rien d'anormal.

Poids des organes.

Encéphale	1310 gr.
Cerveau	1135
Hémisphère cérébral droit	570
— — gauche	565
Cervelet et isthme	175
Hémisphère cérébelleux droit	75
— — gauche	75
Bulbe et protubérance	25
Liquide céphalo-rachidien	quantité ordinaire
Moelle épinière	45
Corps thyroïde	10
Thymus	Pas
Cœur	160
Poumon droit	130
— gauche	105
Foie	890
Rate	140
Capsule surrénale droite	8
— — gauche	8
Rein droit	130
— gauche	105
Pancréas	60

Réflexions. — Avant de relever quelques-unes des particularités de la fièvre typhoïde chez ce malade, nous croyons utile de mettre en relief les points intéressants de son histoire.

I. L'*hérédité* est très chargée. Le *père*, d'une intelligence médiocre, est sujet à des *accès de colère* sans motif, à des *crises nerveuses*, à des *impulsions génitales* un peu anormales. Le *grand-père paternel* était violent il a succombé, très âgé, à un *cancer de la face*; un *arrière-grand-père paternel*, *simple d'esprit*, est mort d'un *cancer* de l'estomac. — La *mère*, a une bonne santé, à part des *migraines*; elle est très bien douée au point de vue intellectuel et moral. Le *grand-père maternel* était très nerveux. Une *arrière-grand'mère* a été sujette à des *attaques* de *nerfs*, un *arrière-grand-père* s'est *suicidé*, deux *grands-oncles* et une *grand'tante* sont morts d'*apoplexie*. Enfin le malade a un *frère idiot* et sa *sœur jumelle* est *arriérée* à un degré assez prononcé.

II. Notons que la *grossesse* est survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, qu'elle a été compliquée de vomissements fréquents et que la naissance a eu lieu *avant terme*. — L'enfant n'a jamais eu de convulsions et son état d'idiotie doit être rattaché à un *arrêt de développement congénital des circonvolutions*.

III. Les signes de dégénérescence physique sont peu accusés. En revanche, sous le rapport intellectuel, l'enfant était *idiot* à un degré prononcé et, chez lui, le traitement médico-pédagogique, malgré le dévouement et l'habileté de sa mère qui s'en est occupée avec le plus grand dévouement, n'a donné que de médiocres résultats.

IV. Nous avons reproduit le tracé de la *température* durant la *rougeole* et la *scarlatine* afin que l'on puisse comparer la marche de la température dans ces deux maladies et mieux se rendre compte de la température dans la *fièvre typhoïde*.

V. En ce qui concerne cette dernière maladie nous n'avons qu'à noter la marche de la température avec trois abaissements à des intervalles presque égaux, la perforation intestinale et l'élévation de la température terminale. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Nature de la leucémie aiguë.

Il semble que depuis quelque temps la leucémie aiguë soit une affection à l'ordre du jour; nous voyons en effet de nombreux rapports spéciaux sur cette curieuse maladie aux divers Congrès de Vienne, de Bade, de Berlin, de Carlsbad, et enfin, tout récemment, de Lille. Il y a quelques mois, MM. Gilbert et Weil publiaient un travail d'ensemble sur ce sujet dans les archives de Médecine expérimentale et comparée; nous-mêmes, en collaboration avec M. le Dr Oulmont, avons observé un cas de leucémie aiguë, dont on trouvera la relation dans les comptes rendus de la Société de Biologie de cette année.

Il résulte de ces divers travaux que la leucémie aiguë est parfaitement définie quant à ses symptômes et quant à ses lésions; mais, en dépit des nombreuses recherches récentes, sa nature nous est encore absolument inconnue. Est-ce une maladie infectieuse ou toxi-infectieuse, ou bien est-ce une sorte de néoplasie ganglionnaire à marche aiguë? Nous n'en savons encore rien; et la diversité des résultats obtenus par les observateurs n'est pas de nature à nous éclairer davantage sur ce sujet. Néanmoins, comme la leucémie, maladie toute nouvelle, n'est pas exceptionnelle et que, comme telle, elle intéresse tous les praticiens, nous allons rapidement exposer les pièces du procès, sans prendre parti pour ou contre une théorie. Et afin que l'exposé soit le plus complet possible, nous allons présenter les divers arguments que l'on peut tirer, non seulement des recherches bactériologiques, mais aussi de la clinique, de l'anatomie pathologique et de l'étiologie.

La leucémie est surtout une maladie allemande, puisque Ebstein, puis Fränkel en ont pu réunir, en peu de temps, près de 56 observations. L'affection est plus rare en France, mais elle n'est pas exceptionnelle, car depuis qu'elle est mieux connue, les observations se sont multipliées (Appert, Gilbert et Weil, Oulmont et Ramond). Néanmoins, il semble bien que la race saxonne soit plus prédisposée que toute autre race. Si nous ajoutons que dans un fait, resté unique, la leucémie se comporta comme une maladie contagieuse (observation d'Obrastzow); nous en avons fini avec ce que nous connaissons de précis sur l'étiologie de la leucémie, et il est impossible, comme on voit, d'en tirer

une conclusion ferme sur la nature néoplasique ou infectieuse de la leucémie.

La symptomatologie, elle, nous donnera des éléments mieux définis ; la leucémie évolue en effet comme une maladie infectieuse ; elle débute souvent par une angine fébrile, suivie de courbature, de frissons, d'anorexie ; puis, très rapidement, les ganglions cervicaux s'hypertrophient d'une façon considérable ; la fluxion gagne bientôt les ganglions du médiastin, et, continuant sa marche descendante, ne tarde pas à envahir tous les organes lymphatiques de l'organisme. Le foie et la rate débordent les fausses côtes ; le ventre se ballonne, la diarrhée est fréquente. En même temps, la fièvre est vive et continue, des hémorragies se produisent par les gencives, la muqueuse nasale ; les urines, assez abondantes cependant, contiennent une forte proportion d'urée et surtout d'acide urique et d'urates ; parfois elles sont albumineuses ou sanglantes.

En dépit de toute thérapeutique, la marche de la leucémie est fatalement progressive ; au bout de trois semaines, un mois ou deux, rarement davantage, le malade ne tarde pas à succomber.

Il n'est pas besoin d'insister outre mesure sur le cachet infectieux de ce syndrome ; tout rappelle une infection, à début ganglionnaire, et se généralisant rapidement à tous les viscères. Les partisans de l'origine microorganique de la leucémie n'ont pas de meilleur argument. Mais l'examen histologique du sang et des tissus du leucémique ne donne pas des résultats bien favorables à cette dernière interprétation ; les globules rouges sont moins abondants ; leur aspect est variable, leur teneur en hémoglobine diminuée ; certains sont pourvus d'un noyau. Par contre, les globules blancs sont très nombreux et atteignent quelquefois des chiffres considérables (500.000 par millimètre cube) ; cette augmentation de nombre est élective, et porte sur les grands leucocytes mononucléaires, et suivant que leur protoplasma contient ou non des granulations neutrophiles, la leucémie porte le nom de leucémie myélogène ou de leucémie lymphatique. Cette terminologie a été proposée par Ehrlich et Lazarus. Ces auteurs supposent en effet que les mononucléaires neutrophiles dérivent de la moelle osseuse, les autres, du système lymphatique. Quoi qu'il en soit, ces leucocytes sont hypertrophiés ; leur noyau se colore mal ; le protoplasma, mal délimité, est peu abondant. Ils sont immobiles. Le reste des leucocytes subit également quelques modifications, surtout quantitatives ; les polynucléaires, qui normalement représentent les 60 à 70 0/0 du nombre total des cellules blanches du sang, sont rares, et ne dépassent pas le chiffre de 25 0/0 ; de même, les lymphocytes et les petits leucocytes mononucléaires sont beaucoup moins abondants que normalement. Rien, dans cette formule hématique donnée par Fränkel, et reconnue exacte par tous les auteurs, ne rappelle l'infection ; en effet, la présence de bactéries et de leurs sécrétions toxiques dans l'organisme se révèle le plus souvent par une leucocytose polynucléaire et jamais on ne voit cette augmentation énorme de grands mononucléaires ; de plus, dans toute inflammation, les leucocytes conservent leurs dimensions ; ici, rien de semblable, les gros leucocytes mononucléaires sont agrandis, leur protoplasma et leur noyau sont profondément modifiés, et ne rappellent en rien les dégénérescences nucléaires ou protoplasmiques des leucocytes au cours de certaines infections.

De même les lésions histologiques des divers organes sont spéciales et nullement comparables à celles que l'on observe dans toute infection en général. Les ganglions hypertrophiés sont constitués dans la leucémie par une sorte d'hyperplasie du réticulum normal, dans les mailles duquel se rencontrent une foule de petites cellules mononucléaires, mélangées ou non de quelques grands mononucléaires avec ou sans granulations, suivant le genre de leucémie considéré. Le foie et les reins n'offrent pas ces infiltrations embryonnaires, si fréquentes dans les infections, mais bien des formtions plus complexes, rappelant en tous points le tissu lymphoïde de His. Il se constitue, dans ces organes, de petits nodules ayant la structure du tissu lymphatique embryonnaire, c'est-à-dire offrant un réticulum fin et délicat avec l'infiltration de petites cellules dans les mailles de ce réticulum. Cette formation de tissu lymphoïde, caractérique de la leucémie lymphatique, se rencontre dans la plupart des viscères, dans la moelle osseuse également, le tissu cellulaire sous-cutané, les parois intestinales, etc. La leucémie myélogène s'en distingue par quelques particularités secondaires, qu'il serait trop long de décrire en détail.

Il semble donc que la lésion anatomique de la leucémie plaide pour son origine non infectieuse ; et c'est, sans nul doute, l'argument le plus redoutable, mis en avant par les partisans de la nature néoplasique de la leucémie. Il ne faut cependant pas être trop absolu. Il est possible que nous ne connaissions pas encore toutes les réactions d'infection, que certains microorganismes non encore décrits, influencent l'organisme d'une façon spéciale ; l'erreur de Virchow à propos de la tuberculose doit nous servir d'exemple. D'ailleurs, des recherches toutes récentes sur les sporozooses nous montrent bien qu'à côté des infections bactériennes il en existe d'autres, bien différentes et ressortant de l'envahissement de l'organisme par des sporozoaires.

Reste enfin un dernier moyen d'élucider la nature de la leucémie ; c'est la culture et l'inoculation du sang et des humeurs du leucémique. Les tentatives de ce genre sont nombreuses, et malheureusement elles sont loin d'être démonstratives. Hintze rencontre un coccus indéterminé et mal défini dans le sang, Powyssotsky et Osterwald dans les ganglions ; Fränkel put isoler dans plusieurs cas des stophylocoques, un streptocoque et un bacille analogue au bacille d'Eschevich. La diversité de ces résultats, comparée à la spécificité clinique et anatomique de la maladie, montre bien les réserves que comportent ces recherches. D'ailleurs, il n'est pas dans les habitudes des microbes décrits de produire des lésions aussi spéciales que celles de la leucémie. Il est donc très probable que les microbes isolés sont des microbes d'infection secondaire, ayant fait irruption dans le torrent circulatoire par une ulcération buccale, amygdalienne ou intestinale.

Mannaberg, et, tout récemment, Löwit crurent avoir

trouvé le parasite spécifique, et décrivirent l'un un sporozoaire qui n'a plus été retrouvé, le second deux variétés d'amibes. Mais la réserve avec laquelle fut accueillie la découverte de Löwit, au Congrès de Carlsbad, les nombreuses critiques qui lui furent faites, en dépit des preuves qu'il soumit à l'appréciation des membres du Congrès, montrent avec quelle circonscription il faut admettre les conclusions de Löwit.

D'ailleurs, en regard des résultats positifs obtenus par les auteurs précédents, il faut placer les recherches infructueuses de beaucoup d'expérimentateurs. Les ensemencements pratiqués avec le sang des leucémiques n'ont donné lieu à aucune culture entre les mains de Mosler, Nette, Troje, Fränkel, Westphal, Guttmann et Litten, Askanazy. Il y a quelques mois seulement, MM. Gilbert et Weil n'étaient pas plus heureux dans leurs recherches que leurs devanciers. Enfin, nous-même, en collaboration avec M. Oulmont, nous avons effectué tous les ensemencements possibles, soit en présence de l'air, soit, — ce qui n'avait pas été encore fait, — à l'abri de l'air ou en sacs de collodion, d'après la méthode de Witschnikoff; l'inoculation fut appliquée à tous les animaux de laboratoire, y compris le chien, et rien dans les résultats n'a pu nous permettre de soupçonner la présence d'une bactérie ou d'un sporozoaire.

On voit combien la conclusion est difficile. En présence de tous ces éléments disparates, mieux vaut réserver son appréciation. Il en est de la leucémie comme de la carcinose aiguë; l'évolution clinique affirme la nature infectieuse de la maladie; l'anatomie et l'expérimentation restent muettes. Peut-être, avec les progrès de la science, en sera-t-il de ces affections ce qu'il en a été de la tuberculose, surtout de la tuberculose aiguë : une découverte ultérieure permettra de cataloguer la lucémie dans les infections. Mais ceci n'est qu'une hypothèse, dont rien encore n'annonce la solution.

F. RAMOND.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — *Depuis le 28 juillet* M. H. DURAND *n'a plus aucune fonction au* Progrès médical. *Il est remplacé par* **M. Aimé ROUZAUD,** *qui est chargé exclusivement des* ANNONCES *et de la partie administrative.*

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés au grade d'*officier* de la Légion d'honneur : M. le Dr Lereboullet, membre de l'Académie de médecine. — Au grade de *chevalier* : MM. les Drs Albarran, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Widal, médecin des hôpitaux de Paris ; Picot, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux ; Fabre, chirurgien de l'hospice d'Alais ; Pujade, président du Conseil général des Pyrénées-Orientales ; Despeaux, médecin à Crouy-sur-Ourcq. — M. le Dr Ernest Regnault (de Paris) est nommé *chevalier du Mérite agricole*.

MÉDECIN DIPLOMATE. — M. Lubomir Kolotovitch est nommé agent diplomatique de Bulgarie à Paris. M. Kolotovitch est un médecin, ancien élève de la Faculté de Montpellier. Jadis partisan de feu Stamboulof, M. Lubomir Kolotovitch a été jusqu'ici médecin en chef de la section des maladies internes à l'hopital Alexandre de Sofia.

UNE CENTENAIRE. — A Sampolo, en Corse, Catherine Casanove, née en 1787, sous le règne de Louis XVI, âgée de cent douze ans, vient de mourir. Elle avait conservé sa lucidité d'esprit et, a, jusqu'à l'année dernière, ramassé elle-même son bois dans la forêt.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRES INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

(IIIe SESSION TENUE A AMSTERDAM DU 8 AU 12 AOUT 1899.)

Le Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique s'est ouvert le 8 août à l'Université de la ville d'Amsterdam, sous la présidence du Pr Treub (d'Amsterdam). Le Président a, dans le français le plus pur, lu le discours d'ouverture qu'il a ensuite résumé successivement en anglais, en italien et en hollandais.

Après les souhaits de bienvenue d'usage, le Pr Treub passe en revue les questions posées au Congrès qui donnent lieu à des rapports. A propos de la première question : *Valeur relative de l'antisepsie et de la technique*, il rappelle que le mot chirurgien signifie manœuvre et qu'il n'est pas permis à ceux qui opèrent « de croire que la solution antiseptique est une espèce d'eau bénite dont le simple contact suffit. Il faut être chirurgien pour bien faire de la chirurgie ».

Au sujet de la seconde question : *De l'influence de la position sur les dimensions du bassin*, le Pr Treub fait remarquer que l'élargissement immédiat du bassin, comme l'appelle M. Pinard, résultat de la symphyséotomie, s'obtient à un moindre degré, il est vrai, mais avec beaucoup moins de dangers par la position de Walcher, et il montre à ce propos les avantages des Congrès internationaux où l'on peut discuter en commun des questions scientifiques de ce genre en évitant le parti pris qui pourrait résulter de l'amour-propre national.

La troisième question : *Traitement chirurgical des fibromes* permet à M. Treub de mettre les chirurgiens en garde contre les tendances à extirper totalement trop souvent des organes partiellement malades. « Je sais bien, dit-il, qu'il est écrit : « Si ton œil te fait broncher, arrache-le, si ta main te fait tomber, coupe-la. » Mais, nous autres chirurgiens, nous ne sommes que trop enclins à oublier que ce n'est pas notre œil que nous arrachons, notre main que nous coupons, mais bien l'œil du voisin et la main de la voisine. Cela fait tout de même une légère différence. »

Puis, revenant à un langage plus sévère, il constate qu'en extirpant des organes on remplace souvent un mal par un autre et que les chirurgiens, en se moquant des appareils de prothèse, oublient que souvent leurs opérations ne sont que des prothèses où le tissu cicatriciel tient lieu de caoutchouc durci et de celluloïd. M. Treub, dans sa clinique gynécologique d'Amsterdam, opère le plus rarement possible. Adoptant la conduite de l'Ecole de Lyon, il préfère la colpotomie postérieure pour la recherche des abcès consécutifs aux salpingites et la tente toujours avant d'essayer l'hystérectomie. M. Treub termine en faisant remarquer que les Congrès offrent l'avantage de faire apprécier les médecins qui s'y rendent, et de leur faire apprendre plus, en quelques minutes de conversation, que par la lecture de gros volumes.

Le secrétaire général, M. Mendès de Léon, a pris ensuite la parole pour remercier les invités qui se sont rendus au Congrès, il déplore le malentendu qui a amené l'abstention de la plupart des gynécologues allemands et de MM. Bumm (de Bâle), Schauta (de Vienne), et Veit (de Liège). Nous aussi nous devons regretter ce vice dans l'organisation du Congrès d'Amsterdam. La presse médicale française a reçu très tardivement l'annonce de ce Congrès, et un de nos confrères, dans le *Journal de Médecine de Paris*, a qualifié le Congrès d'Amsterdam de Congrès secret. Nous ne pouvons que regretter ces faits pour un Congrès international, ne connaissant ni les causes exactes de ce malentendu, ni ses auteurs responsables.

J. N.

Du raccourcissement des ligaments larges et des ligaments ronds dans la rétroversion de l'utérus.

M. H. DELAGÉNIÈRE (du Mans). — Le raccourcissement des ligaments larges ou des ligaments ronds ne doit pas chercher à remédier seul à la rétroversion. On doit concevoir ces opérations comme des opérations auxiliaires, venant apporter leur

appoint à d'autres opérations, telles que la salpingo-oophorectomie ou la colpo-périnéorraphie.

On doit d'abord étudier si la rétroversion est réductible ou, au contraire, irréductible. Dans le premier cas, l'opération sera extra-péritonéale; dans le second, elle sera intra-péritonéale. L'opération extra-péritonéale portera sur l'utérus, le vagin et les ligaments ronds. L'utérus sera curetté; au besoin on fera l'amputation du col et même, si le volume de l'organe est augmenté, s'il y a des noyaux fibreux, on fera la ligature des artères utérines. Le vagin sera restauré avec soin; suivant les cas, ou fera une colpo-périnéorraphie ou simplement une périnéorraphie. Enfin, on terminera par l'opération d'Alexander, c'est-à-dire par le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds. L'opération intra-péritonéale traitera d'abord les adhérences qui retenaient l'utérus, puis remédiera aux lésions annexielles, enfin cherchera à corriger la rétroversion en raccourcissant les ligaments larges ou les ligaments ronds. Les ligaments ronds seront raccourcis, lorsqu'il y a rétrodéviation simple sans début de prolapsus. Au contraire, quand l'utérus paraît s'enfoncer dans le bassin, on fera le raccourcissement des ligaments larges. Les opérations intra abdominales n'empêchent pas du reste les opérations sur le périnée si elles étaient jugées nécessaires.

Nous apportons ici 33 observations, dont 15 extra-péritonéales et 18 intra-péritonéales. Parmi les 15 premières, qui ont toutes subi l'opération d'Alexander, toutes aussi ont été curettées; 14 ont subi l'amputation du col, 11 la périnéorraphie, 2 la colporraphie antérieure, enfin 2 la ligature des artères utérines. Les 18 autres malades se divisent en 9 opérations sur les ligaments larges et 9 sur les ligaments ronds. — Toutes ont subi, en même temps que la décortication de leur utérus, la résection bilatérale de leurs annexes. Ces 33 malades ont parfaitement guéri de leurs opérations; le résultat immédiat a été excellent et s'est maintenu très bon chez toutes celles que nous avons revues.

La technique opératoire n'offre rien de particulier; cependant nous préconisons notre procédé personnel pour le raccourcissement des ligaments larges, celui de Ruggi pour les ligaments ronds, celui de Kocher modifié (en ce sens que nous employons les fils de bronze aluminium de Socin pour les sutures perdues) pour l'Alexander. Enfin, pour la périnéorraphie, nous employons le procédé de Lawson Tait, en poursuivant le dédoublement très largement jusqu'au péritoine du cul-de-sac de Douglas. Enfin, au lieu de fils séparés, nous faisons un capitonnage soigné avec un surjet de catgut.

Traitement opératoire des fibromes.

M. le Dr H. Delagénière (du Mans). — MM. les rapporteurs et principalement M. Doyen, me paraissent avoir accordé peu de faveur aux méthodes palliatives employées contre les fibromes. Je voudrais réparer cette omission, en attirant l'attention du Congrès sur une opération encore relativement nouvelle, et qui mérite, d'après moi, d'être prise en très sérieuse considération. Il s'agit de la ligature des artères utérines par le vagin, dans les cas de fibromes interstitiels, peu volumineux, ou laissant libre accès de la base des ligaments larges. Cette opération, absolument bénigne, très facile à exécuter, m'a donné d'excellents résultats dans 5 cas de fibromes, dont je vous apporte les observations. Ces 5 malades avaient des métrorragies considérables, présentaient plusieurs fibromes dans leur utérus, et quelques-unes souffraient de compressions viscérales. L'opération amena chez toutes la cessation immédiate de l'hémorragie, la diminution rapide, puis la disparition des phénomènes de compression, enfin la régression progressive du volume de l'utérus. Ces opérations remontent, l'une à 1896, deux à 1897, deux à 1898.

Cette opération me paraît indiquée dans les cas de fibrome petit, interstitiel, dans les cas de fibromes multiples, même s'il en est de cavitaires qu'on devra en même temps énucléer (dans ce cas, la ligature des artères utérines n'est qu'une opération complémentaire). Enfin, on pourra la tenter chez les malades pusillanimes, qui refusent l'opération radicale, quand l'accident prédominant sera l'hémorragie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Tarif d'honoraires médicaux en cas d'accidents du travail.

Les représentants des sociétés, syndicats et groupes médicaux du département de la Gironde, réunis en Assemblée générale sous la présidence du Dr Lande, considérant que le seul moyen d'obliger les Compagnies d'assurance contre les accidents, dans l'application de la loi du 9 avril 1898, à honorer convenablement les médecins, est de leur imposer un tarif raisonnable, ont décidé, après la lecture d'un rapport du Dr Peyre, d'adopter le suivant :

TARIF DES HONORAIRES MÉDICAUX EN CAS D'ACCIDENTS
(Application de la loi du 9 avril 1898.)

1° Constatation d'accident avec certificat de déclaration à la mairie et son duplicata pour la Compagnie, et certificat de guérison, sans soins médicaux, 10 francs.

2° Honoraires dans les cas d'accidents avec soins médicaux, mais sans intervention chirurgicale d'aucune sorte : Constatation et certificats, 10 francs; soins médicaux, 5 francs.

3° Honoraires dans le cas d'accidents avec soins médicaux et intervention chirurgicale : Constatation et certificats, 10 francs. Soins médicaux avec intervention de petite chirurgie, 10 francs. En cas d'intervention de grande chirurgie, le chiffre de 20 francs sera majoré du chiffre correspondant au tarif de grande chirurgie établi plus bas.

4° Certificat supplémentaire délivré pendant le traitement, 5 francs.

Petite chirurgie. — Sont considérées comme opérations de petite chirurgie, les interventions suivantes : Incisions, — débridements, — ponctions au bistouri ou au thermocautère, — anesthésie locale, — rapprochement des plaies par suture simple, — arrachement des ongles détachés, — extraction de corps étrangers superficiels, — ablation d'esquilles libres, — section de parties molles condamnées, — hémostase (sauf les ligatures de certaines artères prévues au tarif de grande chirurgie), massage, — électrisation, — saignée, — application de ventouses, — pansements de brûlures, — traitement de l'asphyxie, — évacuation de foyers sanguins, taxis, — réduction des luxations des doigts (sauf le pouce porté au tarif de grande chirurgie), — réduction de luxation des orteils, — injections sous-cutanées (morphine caféine, sérums, etc.), — extraction de corps étrangers de l'œil, — cautérisations par les caustiques, — applications de pointes de feu, — cathétérisme des voies urinaires, — extraction de corps étrangers du nez ou de l'oreille, — avulsion des dents.

Tarif de grande chirurgie.
(Dont le chiffre vient s'ajouter au tarif à forfait inscrit plus haut.)

Luxations. — Pouce, mâchoire inférieure, poignet, 10 fr. coude, épaule, 30 fr., pied, 20 fr., genou, 40 fr., hanche, 80 fr.

Fractures. — Crane (ablation d'esquilles; fracture de la base), 20 fr., trépanation, 50 fr., os de la main, 10 fr., os du pied, 15 fr., côtes, 10 fr., maxillaire inférieur, clavicule, 20 fr., extrémité inférieure du radius, 10 fr., avant-bras, 15 fr., coude, 30 fr., bras, 25 fr., épaule, 30 fr., pied (intéressant l'articulation tibio-tarsienne), 50 fr., péroné, 20 fr., jambe, 40 fr., rotule, 50 fr., fémur (diaphyse), 80 fr., fémur (extrémité supérieure), 100 fr., bassin, 40 fr., colonne vertébrale, 100 fr.; pour les fractures compliquées, quel que soit le siège de la fracture, il sera perçu en plus 20 fr.

Amputations et désarticulations. — Doigts orteils, 15 fr., métacarpiens, métatarsiens, 20 fr., poignet, avant bras, 40 fr., coude, bras, 60 fr., épaule. 100 fr., pied, 50 fr., jambe, 80 fr., genou, cuisse, 100 fr., hanche, 150 fr.

Ligatures d'artères (1). — Sous-clavière, iliaque externe, 60 fr., humerale, fémorale, poplitée, 40 fr., cubitale, radiale, tibiale, péronière, 20 fr.

Opérations diverses. — Sutures des tendons, des nerfs, 50 fr., urétrotomie externe, 100 fr., ponctions de la vessie (la première), 20 fr., ponctions de la vessie (les suivantes), 10 fr., kélotomie, trachéotomie, 100 fr., laparotomie, 200 fr., extraction de corps étrangers des tissus profonds, thoracentèse, 30 fr., paracentèse (la première), 20 fr., paracentèse (les suivantes), 10 fr, phlegmon diffus (incisions multiples et drainage), 30 fr., plaies étendues du crâne ou de la face, 10 fr., brûlures étendues du 3e degré au 5e degré (traitement), 30 fr., anesthésie générale (pour les cas de petite chirurgie), 10 fr., anesthésie générale (pour les cas de grande chirurgie), 20 fr., première visite d'urgence la nuit, 5 fr.

(1) La ligature des petites artères superficielles est comptée comme petite chirurgie.

Consultations entre confrères. — Pour chaque médecin-consultant, 10 fr., assistance et coopération à une opération de grande chirurgie, le tarif pour chacun des aides sera : opérations tarifées jusqu'à 40 fr., 10 fr.; opérations tarifées au-dessus de 40 fr., le 1/4 du tarif.

Spécialistes. — Dans le cas où l'intervention d'un spécialiste est nécessaire, les honoraires sont à débattre.

Lésions multiples. — En cas de lésions multiples, le tarif sera appliqué entier pour la plus grave; réduit de moitié pour les autres.

Frais de déplacements. — Dans le cas où le blessé habite en dehors de la résidence du médecin, il est alloué 50 centimes par kilomètre à l'aller.

Arbitrage. — En cas de contestation au sujet de l'application du tarif ci-dessus, les faits seront soumis à l'arbitrage du Bureau de l'Association générale.

En cas d'omission, les cas omis seront tarifés par les soins du Bureau de l'Association générale.

BIBLIOGRAPHIE

Radioscopie et radiographie cliniques; par L.-R. Régnier. (Les *Actualités médicales*, J.-B. Baillière et fils, 1899.)

M. L.-R. Régnier résume en 92 pages toutes les connaissances actuelles sur les rayons X. Dans un premier chapitre sur la genèse des rayons X, il fait un court historique de ce te découverte, rappelant les expériences de l'abbé Nollet sur la circulation de l'étincelle électrique dans les gaz raréfiés, celles plus précises d'Abria (de Bordeaux), de Gassiot, de Warren, de De La Rue, de Spottiswoode, et enfin de Hittorf qui démontre que dans le vide parfait, l'étincelle ne passe plus. En 1880, Crookes découvre les rayons cathodiques qui produisent la fluorescence dans une ampoule où le gaz est raréfié à 1/100.000e d'atmosphère, rayons qu'il attribue au mouvement des molécules raréfiées repoussées par l'électricité négative. Il étudie les propriétés de ces rayons et la phosphorescence qu'ils donnent à certains corps. Herz et Philippe Lénard établissent que les rayons cathodiques peuvent traverser les corps opaques et impressionner les plaques de photographie recouvertes d'un papier noirci. Enfin Rœntgen découvre les rayons X qui diffèrent des rayons cathodiques en ce qu'ils prennent naissance de ces derniers lorsqu'ils passent du vide dans l'air ou un gaz à la pression atmosphérique. Les rayons X, en outre, augmentent la conductibilité de l'air pour l'électricité, déchargent les corps électrisés et ne sont pas déviés par les aimants.

M. L.-R. Régnier étudie alors le mode de production des rayons X, passe successivement en revue la machine statique disposée pour les obtenir, les piles, les accumulateurs, les bobines avec leurs interrupteurs, leur condensateur, leur commutateur inverseur. Il décrit les ampoules et les tubes, sources directes des rayons (type Colardeau, type Muret) et les appareils destinés à pratiquer la radioscopie : écran au platinocyanure de baryum, fluoroscope d'Edison, etc. Plusieurs chapitres sont spécialement destinés à la radiographie et à la radioscopie appliquées. D'abord il examine les applications chirurgicales : recherches des corps étrangers, examen des fractures, des luxations, des affections inflammatoires des os. Les applications médicales paraissent plus restreintes, néanmoins les rayons X permettent de précieuses constatations dans les maladies du poumon, les pleurésies, les maladies du cœur et des gros vaisseaux, les arthropathies, les altérations du squelette, les calculs biliaires, rénaux, uretéraux et vésicaux. Enfin l'auteur termine son petit livre si instructif et si intéressant par de courts chapitres sur la radioscopie ophtalmologique, la radiographie obstétricale, l'endodiascopie qui permet de porter dans les cavités naturelles les générateurs de rayons X et est appelée à faciliter notablement la pratique de la gynécologie et de l'obstétrique. J. N.

Formulaire Electrothérapique du Praticien; par L.-R. Regnier, (J.-B. Baillière et fils, 1899.).

Il existe peu de manuels qui en quelques pages succintes et claires exposent la technique électrothérapique. A notre époque l'électricité est un agent thérapeutique de premier ordre, dont les bienfaits ne se comptent plus, mais comme tous les agents actifs, elle demande à être étudiée dans ses effets et à ne pas être appliquée sans indications précises. L'électricité statique, les courants galvaniques, les courants faradiques ont chacun leur application particulière et leur usage au hasard peut déterminer de sérieux mécomptes et de mauvais résultats. Aussi les livres de vulgarisation électrothérapique destinés aux praticiens sont utiles au premier chef et M. L.-R. Régnier a rendu un véritable service à la pratique médicale en écrivant son Formulaire.

Le petit livre de M. Régnier se divise en deux parties. La première a trait aux courants électriques appliqués au diagnostic et à la therapeutique. L'auteur y décrit d'abord les appareils nécessaires à l'électrothérapie : piles, galvanomètre, collecteur, interrupteur, bornes, appareils à courants induits, trembleur, bobines, etc., etc. Il expose en quelques pages les effets physiques et physiologiques des courants électriques, puis aborde les indications selon les maladies. Les *paralysies motrices de cause externe* sont tout d'abord étudiées au point de vue de l'application de l'électricité à leur traitement. Viennent ensuite les *paralysie de causes internes* (toxiques, infectieuses, dyscrasiques, hystériques, etc.). Les *névralgies*, les *vomissements incoercibles*, les *troubles des fonctions menstruelles* et enfin l'*occlusion intestinale* donnent lieu à des considérations d'électrothérapie précieuses et intéressantes pour le médecin praticien.

La seconde partie du *formulaire* a trait à l'emploi clinique de la lumière électrique. La technique de l'endoscopie et de la diaphanoscopie sont tour à tour exposées.

En un mot le *Formulaire Electrothérapique du praticien* de Régnier, sans avoir la prétention d'être un traité d'Electrothérapie, suffit à guider le médecin qui n'est spécialiste et lui permet d'appliquer l'électricité avec méthode et à propos

J. Noir.

Les eaux minérales de Richardsquelle en Bohême.

On nous apprend que S. A. le prince de Metternich est en instance auprès du Ministre de l'Intérieur et de la Commission spéciale de l'Académie de Médecine pour obtenir l'autorisation de vendre en France les *Eaux minérales de Richardsquelle* en Bohême.

Ces eaux les plus pures de Bohême sont considérées comme des plus efficaces dans les affections de l'estomac et du système nerveux. La quantité d'acide carbonique libre qu'elles contiennent permet de les classer parmi les plus agréables des eaux de table connues.

VARIA

Le paiement direct d'honoraires aux médecins qui soignent des gens aisés dans un hôpital public.

Le journal l'*Assistance publique*, dans un de ses derniers numéros, donne un compte rendu détaillé des travaux du Conseil supérieur de l'Assistance, où cette question des honoraires médicaux à l'hôpital a été longuement discutée.

Dans un premier rapport, M. Drouineau avait conclu à la légitimité de ce paiement. Après un nouveau rapport de M. Regnard, la majorité du Conseil a émis un avis opposé, en se basant sur les intérêts des indigents. Au cours de la discussion, M. Sabran, de Lyon, après avoir rendu hommage au corps médical, a fait remarquer que l'autorisation donnée aux médecins de recevoir des honoraires pour soins donnés à l'hôpital serait une fissure par laquelle pourraient se glisser les plus grands abus. M. Monod a proclamé le principe indiscutable que « l'hôpital est la maison des pauvres, que les revenus de l'hôpital sont le patrimoine des pauvres » ; aussi, serait-il difficile d'admettre que l'on pût, d'une façon régulière, recevoir dans les hôpitaux des malades capables d'honorer leurs médecins.

Nous sommes de l'avis du Conseil, l'hôpital doit être au pauvre et il serait détestable de le voir transformer en maison de santé au bénéfice des médecins privilégiés chargés d'un

service hospitalier; mais alors il est indispensable de mettre en pratique le principe de l'hôpital aux nécessiteux. A l'état actuel, où riches et pauvres sont indistinctement admis dans la plupart des services hospitaliers, le paiement des honoraires médicaux par les riches n'aurait pour résultat que de restreindre le nombre considérable des malades aisés qui, par avarice, entrent à l'hôpital, et l'intérêt bien entendu des vrais pauvres n'y perdrait rien. J. N.

A propos de la catastrophe de Juvisy.

M. Waldeck-Rousseau a adressé à M. Napias, directeur de l'Assistance publique, la lettre de félicitation suivante à l'adresse du personnel hospitalier :

« Monsieur le directeur,

« La douloureuse catastrophe qui s'est produite samedi dernier sur le réseau de l'Orléans a mis une fois de plus à l'épreuve les qualités de sang froid, d'initiative et d'endurance du personnel de l'Assistance publique de Paris. J'ai pu constater par moi-même qu'à tous les degrés de la hiérachie tous, directeurs et économes des hôpitaux, chirurgiens et internes de garde, infirmiers et infirmières, avaient, en cette pénible circonstance, rivalisé de zèle, d'intelligence et de dévouement.

« Je vous prie de vouloir bien transmettre à tout le personnel placé sous votre autorité le témoignage de reconnaissance du gouvernement.

« Agréez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma haute considération.

« *Le Président du Conseil,*
« *Ministre de l'Intérieur et des Cultes,*
« WALDECK-ROUSSEAU. »

Les concours des Bébés et l'Hygiène de la première enfance.

Certains journaux annoncent (et cette nouvelle mérite confirmation) que le Conseil municipal de Paris veut organiser des concours d'enfants *gras* (*sic*). MM. les Drs Dufournier et Vallin ont aussitôt signalé au Conseil municipal la suralimentation que certaines nourrices font subir aux enfants qu'on leur a confiés dans le but d'obtenir les prix de ce genre. Pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, graisse n'a jamais été synonyme de santé, il est fréquent de voir des bébés monstrueux suralimentés par leurs nourrices, mal portants dans la suite et fréquemment tuberculeux. Il est à souhaiter qu'avant de prendre une décision en faveur de ces genres de concours et d'expositions, le Conseil municipal s'éclaire et prenne l'avis des hygiénistes et des médecins-inspecteurs de la première enfance ; leur réponse à notre avis n'est pas douteuse.

On ne saurait assimiler l'elevage des enfants à celui des animaux et c'est généralement vers la boucherie que l'on dirige les lauréats des concours de ce genre.

J. N.

Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes.

Le Gouvernement a délégué à la Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes qui se réunira à Bruxelles, le 4 septembre prochain :

MM. le Pr Fournier, membre de l'Académie de Médecine, président de la délégation, le Pr Augagneur, de la Faculté de Médecine de Lyon, le Dr Brousse, agrégé près la Faculté de Médecine de Montpellier, le Dr Carlier, agrégé près la Faculté de Médecine de Lille, le Pr Charmeil, de la Faculté de Médecine de Lille, le Dr Etienne, agrégé près la Faculté de Médecine de Nancy, le Dr Hallopeau, membre de l'Académie de Médecine, le Dr Hanshalter, agrégé près la Faculté de Médecine de Nancy, le Pr Livon, directeur de l'Ecole de Médecine de Marseille, le Dr Mayon, de l'Ecole de Médecine de Marseille, le Dr Perrin, chargé de cours à l'Ecole de Médecine de Marseille, le Pr Queirel, de l'Ecole de Médecine de Marseille, le Pr Spillmann, de la Faculté de Médecine de Nancy.

Congrès International d'Otologie de Londres.

Le sixième Congrès international d'Otologie tient actuellement ses séances à Londres. Deux cents médecins spécialistes des maladies de l'oreille y prennent part. Les auristes anglais se sont montrés particulièrement aimables pour leurs confrères étrangers. La reine Victoria elle-même a autorisé l'organisation d'une excursion à son palais de Windsor. Le jardin zoologique et les différents musées de Londres ont ouvert leurs portes aux étrangers membres du Congrès.

Le Congrès international d'Otologie a lieu seulement tous les quatre ans, les dernières séances se sont tenues à Milan, Bâle, Bruxelles, Florence et cette année à Londres. La prochaine session aura lieu à Bordeaux et M. le Dr Mouro est nommé président de son Comité d'organisation.

Congrès d'électrologie et radiologie médicales.

Dans sa séance du 20 juillet dernier, la Société française d'électrothérapie et de radiologie a décidé de convier tous les ans, à Paris, un Congrès international avec exposition annuelle des appareils nouveaux se rapportant à ces sciences, tous les savants qui s'occupent d'électrologie et de radiologie médicales.

Elle a nommé pour organiser le Congrès, qui aura lieu l'an prochain 1900, une commission exécutive composée de MM. Apostoli, Boisseau du Rocher, Branly, Oudin, Moutier (de Paris) et Doumer (de Lille) ; c'est à ce dernier que doivent être adressées, 57, rue Nicolas-Leblanc, à Lille, toutes les communications ou demandes de renseignements relatives à ce Congrès. (*Gazette des Hôpitaux.*)

Epitaphe d'un ancien fonctionnaire du Grand-Bureau des pauvres.

Il existe, dans l'église de Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir), une plaque de marbre noir, appliquée sur le mur de l'une des chapelles de droite, sur laquelle on lit l'inscription suivante :

CY GISSENT ET REPOSENT EN CETTE CHAPle DITTE Nre DAME DE PITIÉ LES CORPS DES ANCESTRES ET CELVY DE DEFEVNT NOBLE HÔME LOVIS GELLAIN CONer DV ROY ET ESLEV EN LÉLECTION PARTICVLIERE DE NOGENT LE ROY DECEDÉ LE 30e 10r D'OCTOBRE 1627 ET DE FRANCOISE GORET SA FEMME DÉCÉDÉE LE 3e 10r DE SEPTEMBRE 1632 PÈRE ET MÈRE DE HONORABLE HÔME LOVIS GELLAIN MARCHAND BOVRGEOIS DE PARIS ANCIEN RECEVEVR GENERAL DV GRAND BVREAV DES PAVRES ET DE LHOSPITAL DE LA Ste TRINITÉ ET LVN DES ADMINISTRATEVRS DICELVY ET DES PETITES MAISONS — ANTIE GARDE ET ANTIE CONSVL DES MARCHANDS A PARIS — LEQVEL LOVIS GELLAIN ET ELISABETH NICERON SA FEME ONT FONDÉ A PERPETVITÉ EN CETTE EGLISE POVR PRIER DIEV POVR LE REPOS DE LEVRS AMES ET DE CELLES DE LEVRS ANCESTRES VNE MESSE BASSE QVI SERA CELEBRÉE EN CETTE DITE CHAPELLE TOVS LES LVNDIS DE CHAQVE SEMAINE ET DEVS SERVICES COMPLETS CHAQVE ANE LVN DIT LE 7 IANVIER ET LAVTRE LE 8 IVILLET AVEC LES LIBERA QUI SERONT CHANTEZ EN CETTE DITE CHAPELLE AINSY QVIL EST PLVS AV LONG DIT ET SPECIFIE PAR LE CONTRACT DE FONDATION PASSÉ PAR DEVANT VAVASSE TABELLION A NOGENT LE ROY LE 2e IOUR DE NOVEMSRE 1677 ETRE Mr LE CURE ET MESSIEURS LES GAGERS DE CETTE EGLISE EN CHARGE EN LAD' ANNÉE ET LED' LOVIS GELLAIN DÉCÉDÉ LE 28e FÉVRIER 1691 ET ELISABETH NICERON SA FEMME DÉCÉDÉE LE

Médecine et mysticisme.

A côté des *Christian Scientist's*, qui ne veulent demander qu'à la seule prière la guérison de leurs maux, il s'est fondé à Londres une secte nouvelle, également dédaigneuse de la médecine, mais pour d'autres raisons. Ses adeptes se nomment eux-mêmes *the Peculiar People*. Dans le langage usuel, cela veut dire « les Originaux » ; mais dans la langue archaïque, cela signifie « les Privilégiés », et c'est évidemment ainsi qu'il faut l'entendre. Les *Peculiar People* se considèrent, en effet, comme placés spécialement sous la protection de Dieu et, en conséquence, lorsqu'un d'eux est malade, estiment tout à fait inutile de faire venir le médecin. Les *Christian Scientist's* ont déjà eu plusieurs fois maille à partir avec la justice : les *Peculiar People* viennent d'avoir leur tour en la personne des époux Norman, condamnés par le juge Riddley pour avoir laissé mourir, faute de soins, leur fille Grace, âgée de cinq ans. Devant le juge, M. Anderson, le doyen de la secte, s'est efforcé d'établir et a d'ailleurs prouvé que, à cela près que leur loi leur défendait d'appeler le médecin, les *Peculiar People* ne négligeaient rien pour sauver leurs enfants. Le dialogue suivant s'est alors engagé entre le jury, le juge et le témoin.

Un juré : « Que feriez-vous si un de vos adhérents se cassait

la jambe ? » — M. Anderson : « J'appellerais un chirurgien. » — M. le juge Ridley : « Vous croyez donc que le Seigneur ne peut pas réduire une fracture ? » – M. Anderson : « Je crois que le Seigneur préserve ses fidèles. Car je ne connais pas de cas de fractures chez les *Peculiar People.* » — M. le juge Ridley : « Je suppose qu'un enfant soit écrasé. Vous pensez que, s'il appartient aux *Peculiar People*, sa jambe ne sera pas brisée ? » — M. Anderson : « Elle sera brisée si le Seigneur ne protège pas l'enfant. » — L'accusé Norman, au doyen Anderson : « Pensez-vous que la protection de Dieu s'étende aussi à nos enfants ? » — M. Anderson : « Oui ». — Le juge Riddley : « Mais moi, j'en suis exclu ? Et le jury, et tout le monde à l'exception des *Peculiar People* ? C'est une bien singulière croyance ! » — Après une longue délibération, le jury, tout en recommandant les époux Norman à l'indulgence du juge, les a déclarés coupables. Le juge Riddley a condamné le mari à six semaines, la femme à un mois de prison et, sans vouloir entamer avec eux une discussion théologique, s'est efforcé pourtant de les convaincre que le christianisme n'exige pas qu'on laisse souffrir les enfants.

D'autre part il s'est formé dans la Nouvelle-Angleterre une Ecole de Médecine qui est pratique et qui réussit. Les études, le diagnostic, les remèdes y sont supprimés. C'est une grande simplification. La principe de la doctrine est idéaliste : les maladies existent principalement par la représentation que nous nous en faisons. Elles sont un produit de l'imagination. Nous les chasserons donc par la prière et l'élévation de l'esprit vers Dieu. Les médecins de cette école s'appellent à peu près guérisseurs par la foi. Ils ont un immense succès. L'un d'eux a même pénétré récemment à New-York, dans l'hôpital Bellevue. Il disait aux malades : « Les médecins de la maison sont vos pires ennemis. Mais je suis un guérisseur envoyé par Dieu. Je guéris toutes les maladies avec son aide et un onguent qui est merveilleux et que je vous donnerai pour 50 centimes, par philanthropie. » Ses cartes portaient la raison sociale : Docteur Derwin et Jésus-Christ. Tous deux promettaient de guérir pour 50 centimes. Ils demandèrent cependant 50 dollars à un phtisique arrivé au dernier période pour le rétablir en trois jours. Je ne sais si cette cure vraiment admirable réussit. Mais la surexcitation des malades fut si grande que les infirmières mirent à la porte le guérisseur de la foi... Les médecins, — les vrais, — de New-York, se sont réunis, et leur assemblée a demandé contre les guérisseurs les peines applicables aux homicides par imprudence. Mais ceux-ci ont pour eux le goût du peuple, qui aime les merveilles, la faveur des gens pieux et cette estime que les honnêtes gens accordent si volontiers aux filous. (*Journal des Débats.*)

NÉCROLOGIE

M. le Dr A. MARCHAND,

Chirurgien des Hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.

Né à la Ferté-Bernard le 3 mars 1841, le Dr A. MARCHAND, chirurgien de l'hôpital Beaujon, vient de mourir à l'âge de 58 ans. La vie du Dr Marchand est un rare exemple d'énergie à donner aux jeunes gens de notre époque. La situation de fortune de sa famille ne lui permettant pas de terminer ses études, Marchand dut se faire employé de commerce, puis élève en pharmacie. Un professeur du lycée du Mans s'intéressa à lui et lui facilita ses études secondaires et l'obtention de ses baccalauréats. Alors Marchand put se laisser aller au vif penchant qui l'entraînait vers l'étude des sciences médicales. Elève de l'Ecole de Tours, il y fut successivement interne, prosecteur et lauréat. Il vint à Paris à 25 ans, passa avec succès le concours de l'externat et ne tarda pas à devenir interne des hôpitaux. La guerre de 1870 éclata sur ces entrefaites, Marchand y prit part comme chirurgien dans une ambulance de l'armée du Nord. Il reprit ses études après la guerre, fut prosecteur de Paris en 1872, agrégé en 1875 et chirurgien des hôpitaux l'année suivante. Chirurgien de la Maternité, il suppléa, durant 4 années consécutives, le Pr Tarnier dans son enseignement clinique. En 1890, il fut chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, puis passa successivement à Saint-Louis et à Beaujon.

Le Dr Marchand avait la réputation méritée d'un chirurgien habile et d'un travailleur infatigable. J. N.

M. le Pr BUNSEN (d'Heidelberg).

Le savant physicien et chimiste, le Pr BUNSEN est mort à Heidelberg. Il était âgé de 88 ans. Le Pr Bunsen était né à Gœttingue où il fit ses études qu'il compléta à Paris, Berlin et Vienne. Il succéda à Wœhler comme professeur de chimie à l'institut de Cassel : puis il fut nommé à Breslau et, depuis 1852, il professait à Heidelberg.

Il est l'auteur de travaux nombreux et considérables sur les applications de l'électricité à la chimie, sur la combustion du gaz, les poids spécifiques, etc. Il est l'inventeur de la pile qui porte son nom. C'est lui qui dota, avec Kirkoff, la science de cette admirable méthode d'analyse : la spectroscopie.

(*Le Temps.*)

FORMULES

XVI. — Traitement interne de la blennorrhagie (d'après G. Lyon).

Bicarbonate de soude	5 grammes.
Sucre en poudre	40 —
Essence de citron	II gouttes.
Eau	1 litre.

comme boisson ordinaire. (Fournier.)

Ou :

Bicarbonate de soude	30 grammes.
Salicylate de soude	10 —

2 cuillerées à café dans un litre de citronnade. (Balzer.)

Contre les érections :

Camphre	3 grammes.
Extrait thébaïque	0 gr. 20 centigr.

Divisé en 20 pilules, 4 pilules à un quart d'heure d'intervalle.

Ou :

Lupulin.	āā 2 grammes.
Sucre en poudre.	

pour 1 paquet.

Ou bien :

Antipyrine	2 ou 3 grammes

en lavement.

Ou encore :

Sirop d'écorce d'oranges	āā 200 grammes.
— de codéine	
Bromure de potassium.	10 —

2 cuillerées à soupe le soir et dans la nuit.

Ou mieux :

Bromure de camphre	4 à 5 capsules.

Pour modifier l'écoulement on peut avoir recours à l'opiat suivant :

Cubèbe	100 grammes.
Copahu	60 —
Tartrate ferrico-potassique	10 —
Sirop de ratanhia	Q. S.

En prendre 4 fois par jour un bol gros comme une noisette.

Ou :

Copahu.	āā 30 grammes.
Cubèbe.	
Sous-carbonate de fer.	2 —
Salicylate de soude.	15 —

6 à 12 bols par jour. (Balzer).

On peut encore prendre :

Copahu.	1 gramme.
Cubèbe.	2 —
Essence de menthe.	I goutte.

Pour 1 bol 6 à 8 par jour.

Le santal en capsules de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 centigr. peut être pris à la dose de 6 à 12 capsules par jour. On a encore préconisé le salol ou les opiats au salol.

Copahu.	20 grammes.
Cubèbe.	40 —
Salol.	10 —

5 à 6 bols par jour de la grosseur d'une noisette.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 30 juillet au samedi 5 août 1899, les naissances ont été au nombre de 1195, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 436, illégitimes, 182. Total, 618. — *Sexe féminin* : légitimes, 414, illégitimes, 163. Total, 577.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 30 juillet au samedi 5 août 1899, les décès ont été au nombre de 1114, savoir : 574 hommes et 450 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 16. T. 31. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.—Variole : M. 0, F. 0 T. 0. —Rougeole: M. 15, F. 7. T. 22.—Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 7. F. 3, T. 10. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 96. F. 92, T. 188. — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 11, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 12, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 39, T. 58. —Méningite simple : M. 16, F. 13, T. 29. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 21, F. 18, T. 39. — Paralysie, M. 2, F. 4, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 1, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 46, T. 68. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 2, T. 10.— Bronchite chronique : M. 4, F. 7, T. 11. — Broncho-pneumonie : M. 11, F. 18, T. 29. — Pneumonie : M. 11, F. 8, T. 19.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 13, T. 34. — Gastro-entérite, biberon : M. 42, F. 42, T. 84. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 9, T. 16. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 20, F. 5, T. 25. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 6, F. 4, T. 10. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale, M. 14, F. 8, T. 22. — Sénilité : M. 12, F. 28, T. 40. — Suicides : M. 14, F. 7, T. 21. — Autres morts violentes : M. 32, F. 8, T. 40. —Autres causes de mort : M. 84, F. 76, T. 160. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 2, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 19. Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 11. Total : 33.

Ecole supérieure de Pharmacie de Paris. — On nous annonce que M. Riche, professeur à l'Ecole supérieure de Pharmacie, vient de prendre sa retraite.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. le Dr Rohmer (Joseph), agrégé, chargé du cours complémentaire de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Nancy, est nommé professeur de clinique ophtalmologique de cette Faculté.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Cannieu, agrégé d'anatomie, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Service de santé des colonies. — M. Mesnard, médecin principal des colonies, est nommé médecin en chef de 2e classe ; M. Ventrillon, pharmacien de 2e classe, est promu à la première classe.

Assistance publique. — *Prix à décerner.* — L'Académie proroge au 31 décembre 1901 le sujet suivant du concours du prix Félix de Beaujour qu'elle avait proposé pour 1899 : « *De l'indigence et de l'assistance dans les grandes villes et particulièrement en France, depuis 1789 jusqu'à nos jours.* » Ce prix, dont la valeur reste fixée à 5.000 fr., sera décerné, s'il y a lieu, en 1902. Les mémoires des concurrents devront être déposés au secrétariat de l'Institut le 31 décembre 1901, terme de rigueur. (*Gaz. méd. de Paris.*)

La Peste en Portugal. — Nous lisons dans le *Temps* du 16 août : C'est décidément la peste qui a éclaté en Portugal. 33 cas se sont produits à Oporto et 12 décès ont été enregistrés. 7 des personnes atteintes sont encore en traitement. Les autres sont guéries. Le conseil de santé, en Espagne, s'est réuni, sous la présidence du Ministre de l'Intérieur, pour prendre des mesures contre la peste, qui a fait son apparition à Oporto. Le conseil sanitaire a décidé de soumettre à la quarantaine les provenances de tous les ports du Portugal ; d'établir cinq lazarets à la frontière, et, en attendant que ces lazarets soient installés, d'interrompre totalement toute communication entre l'Espagne et le Portugal, tant pour les voyageurs que pour les marchandises. Le Ministre de la Guerre va donner des ordres pour faciliter le recrutement du personnel et du matériel sanitaires nécessaires, afin que le service des lazarets soit assuré d'une façon complète.

Le gouvernement brésilien a décrété des quarantaines sur les provenances des ports portugais du continent et des îles de l'Atlantique, ainsi que sur celles du port espagnol de Vigo, pour tous navires ayant quitté ces ports avant le 1er août.

Pour la guérison des bègues, des muets ou des arriérés de la parole. — Il existe, dans nombre de localités, des fontaines, sources, chapelles, tombeaux, dolmens, bois, arbres, etc., où l'on va, de temps immémorial, pour obtenir la guérison ou la préservation d'une maladie ou d'une infirmité. M. le Dr Chervin, Directeur de l'Institut des Bègues de Paris (82, Avenue Victor-Hugo) recevrait avec reconnaissance des renseignements détaillés sur les rites, cérémonies, offrandes, en usage dans les lieux où l'on se rend spécialement pour les enfants bègues, muets ou en retard pour parler, etc., et en général sur tout ce qui a trait aux traditions populaires relatives à la parole.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Crevoisier d'Hurbache (de Brest). — M. le Dr Ferron, directeur du service de santé du 13e corps d'armée. — M. le Dr Anatole Chagnaud, médecin-major de 1re classe.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 34. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 26 AOUT 1899.

Le Progrès Médical

OTOLOGIE

Septicémie d'origine otitique sans thrombophlébite des sinus;

par MM. STANCULEANU et BAUP.

Parmi les complications les plus fréquentes des otites moyennes suppurées et des mastoïdites consécutives, une des plus importantes, mais aussi une des mieux étudiées au point de vue clinique, est la propagation de l'infection au sinus de la dure-mère.

Dans les œuvres récentes et très importantes de Broca (1) et Mignon (2), une part considérable a été réservée à l'étude des thrombophlébites des sinus de la dure-mère; mais si la partie clinique de cette complication a été soigneusement étudiée, la partie pathogénique et anatomopathologique est loin d'être élucidée et prête encore à de nombreuses controverses. Grand nombre des cas ont été publiés de toute part, dans lesquels une fois le diagnostic clinique de thrombophlébite posé, la découverte du sinus par la voie mastoïdienne ou l'autopsie sont venues confirmer le diagnostic par la présence d'un caillot dans le sinus. Mais à côté de ces cas les plus nombreux, il en existe d'autres dans lesquels tout faisant prévoir une thrombophlébite, le sinus une fois découvert s'est montré entièrement libre, souple, et ne renfermant pas de caillot dans son intérieur. Ces cas étudiés, surtout en Allemagne, par Hessler (3) qui les considère comme généralement bénins (?), par Körner (4) et Brieger (5), présentent les mêmes symptômes que les thrombophlébites vraies : grandes oscillations thermiques, etc. Leutert (6) admet que lorsque l'on ne trouve pas de phlébite du sinus, il y a toujours phlébite ignorée de la jugulaire ou phlébite pariétale.

(1) Broca et Maubrac. — Traité de Chirurgie cérébrale, 1896. — Broca et Lubet-Barbon. Les suppurations de l'apophyse mastoïde et de leur traitement, 1895. — Broca. Complications intracraniennes des otites, *Bulletins et mém. Soc. Chir.*, 1896.

(2) Mignon. — Complications des otites suppurées, 1897.

(3) Hessler. — *Archiv. f. Ohrenh.*, vol. XXXVIII, décembre 1894.

(4) Körner. — *Arch. f. Ohrenh.*, 1890 et *Zeitsch. f. Ohrenh.*, 1897.

(5) Brieger. — *Zeitsch. f. Ohrenh.*, Bd. XXIX, nos 1 et 2.

(6) Leutert. — *Archiv. intern. de Laryng.*, 1897, p. 599.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de notre maître, M. Lermoyez, deux cas, dans lesquels l'infection partie de l'oreille moyenne a atteint secondairement la mastoïde, et malgré la trépanation mastoïdienne les phénomènes infectieux continuant à se développer ont pu en imposer pour une phlébite du sinus latéral.

Bien que la ligature de la jugulaire et l'incision du sinus aient été pratiquées, la mort est survenue avec des phénomènes septicémiques, et à l'autopsie on a reconnu, ce dont on se doutait lors de l'opération pratiquée sur le sinus, qu'il n'existait dans tout le système sinusien, pas plus que dans le jugulaire, aucun caillot; le sinus étant partout souple et rempli de liquide. Il nous semble que dans ce cas on a eu affaire à une septicémie d'origine otitique qui ne saurait être expliquée par le mode d'infection habituel : la thrombophlébite des sinus.

OBSERVATION I. — *Otite moyenne suppurée. Mastoïdite. Accidents septicémiques ayant nécessité ligature de la jugulaire. Mort par septicémie.*

Alb. Antoine, 35 ans, entre le 6 juin à l'hôpital Saint-Antoine, salle Itard.

Comme antécédents héréditaires, à noter que le père et la mère du malade sont morts de la poitrine.

Toujours bonne santé. Rarement enrhumé ; pourtant syphilis à 25 ans. Jamais de maux de gorge ou d'oreilles au dire du malade. La maladie actuelle a débuté au mois de décembre. A cette époque le malade était sans travail et couchait dehors. A commencé à souffrir légèrement de l'oreille gauche. Sur ces entrefaites entre au mois de janvier à l'hôpital de Melun ; souffrant terriblement de son oreille, ressentant des battements, température 39°. Après paracentèse, son oreille a beaucoup coulé. Les douleurs ne cessant pas, la région mastoïdienne était rouge et enflée ; on opère le malade sous chloroforme en lui faisant soit une incision de Wilde, soit une trépanation. A partir de ce moment, l'écoulement d'oreilles et la douleur ont cessé.

Le malade ne se plaignait plus que de la plaie qui a toujours donné un peu. Depuis 3 à 4 jours, la région mastoïdienne est un peu gonflée, la suppuration a augmenté et les douleurs sont devenues plus vives.

Etat actuel. Malade parait assez bien portant, ne souffre

que peu, dort et mange bien ; mais il a le facies un peu fatigué, se plaint de somnolence.

Derrière l'oreille gauche, trace d'une incision dans le sillon de l'oreille, entièrement cachée sauf à sa partie moyenne, qui correspond à l'antre où l'on voit une fistulette suintant un peu. En introduisant un stylet on s'engage dans un trajet fongueux avec séquestre. Rougeur de toute la région mastoïdienne et à la pointe gonflement limité du volume d'une noisette, non fluctuant. A la pression, la mastoïde est peu douloureuse sauf au niveau de la pointe où l'on réveille une douleur très vive. La face antérieure de la mastoïde est également douloureuse.

L'examen par le spéculum montre : à droite un tympan très enfoncé ; tandis qu'à gauche il est extrêmement épais, mais non enfoncé.

Dans le nez : rhinite hypertrophique ; dans la gorge : pharyngite granuleuse.

Examen de l'audition :

O. D.	O. G.
Montre air : 0.80.	Montre air : contact.
Montre os : bon.	Montre air : mal.
Weber : +	Weber ; indifférent.
Rinne : +	Rinne : +
Acoumètre : 4 mètres.	Acoumètre air : 1 centimètre.

En résumé : surdité excessive à gauche avec Rinne positif. Il est possible que le malade ait une sclérose bilatérale.

Opération le 11 juin. — *Evidement*. Incision des tissus infiltrés et saignants. On tombe immédiatement dans un foyer de nécrose osseuse avec de nombreuses fongosités ; pas de pus : évacuation à la curette. Mais l'antre n'est pas compris dans le foyer de nécrose et l'on est obligé d'aller beaucoup plus profondément pour le découvrir : il n'a donc pas été compris dans la première intervention. Une fois l'antre trouvé, l'évidement est exécuté sans difficulté. La caisse est fongueuse, on extrait le marteau et l'enclume qui paraissent sains. Les cellules de la pointe ,étant fongueuses, on résèque la pointe. Pavillon largement fendu, lambeaux appliqués. La plaie postérieure n'est pas fermée par des points de suture. La mastoïde fongueuse a beaucoup saigné tout le long de l'opération, ce qui nécessite un tamponnement énergique.

Le 12 juin, bien que l'hémorragie ait paru cesser, le pansement est défait et l'on trouve la plaie en parfait état.

Le 15 juin le malade se plaint que la tête lui fait mal, il garde difficilement les aliments et vomit un peu. La température qui était normale est montée à 38° ; un peu de teinte subictérique des conjonctives. Le pansement est alors refait et l'on trouve la mèche superficielle baignée du pus provenant de la tranche du conduit. Les mèches profondes sont propres. La caisse et l'antre sont en bon état, légèrement granuleux. L'état général est bon, langue propre, pouls normal. La palpation du foie n'est pas douloureuse.

Le *16 juin*. — Le malade est très somnolent et se plaint de douleurs de reins. La température avait un peu baissé ; il se plaint beaucoup de la tête et vomit encore les aliments. Les veines du cou sont souples, il est toujours ictérique mais son foie n'est pas douloureux.

Le *17 juin*. — A la suite de la prise de calomel la température est descendue ; mais la somnolence et l'ictère existent toujours.

Le *18 juin*. — La température monte à 39°. Etat général mauvais. Ligature de la jugulaire et incision du sinus par M. Lermoyez. On lie la jugulaire qui paraît saine à la partie inférieure du cou et on la résèque entre deux catguts ; suture de la plaie, mise d'un drain. On se porte en haut vers la plaie, on ne constate aucune fusée purulente. On recherche le sinus latéral qui n'a pas été mis à nu en traversant une masse osseuse saine — on découvre le sinus ; on trouve alors au devant de sa paroi, une petite fongosité sans pus qui conduit en haut et en arrière où l'on met à nu un quartier fongueux situé au devant du sinus et autour duquel l'os est atteint d'ostéite. Ce clapier est dénudé dans toute son étendue ; le sinus apparaît alors dénudé sur une étendue de 2 centimètres. Sa paroi n'est pas fongueuse : elle est grisâtre et bien épaissie ; en donnant un coup de bistouri dans la paroi du sinus il sort du sang sans pus.

On laisse saigner quelques secondes puis l'on tamponne en introduisant une mèche de gaze dans son intérieur. Piqûre d'éther et injection de sérum de 500 grammes dans la veine céphalique du bras. A 4 heures même jour : état comateux, pupilles dilatées ; nouvelle injection intra-veineuse de 400 grammes de sérum.

La mort survient à 9 heures du soir.

Autopsie. — *Crâne* : rien. — *Cerveau* : congestionné. — *Méninges* : rien. — *Sinus et jugulaire* : explorés très attentivement ne montrent absolument aucun caillot, ni aucune lésion de la paroi interne. — *Poumons* : rien. — *Foie* : poids 2.860 grammes, a sa forme conservée, la surface externe est lisse, mais il existe des inégalités dans sa masse. Couleur rouge grisâtre, dur à la coupe, mais ne crie pas sous le couteau. Par endroits : scléreux. Pas de bile dans la vésicule, pas de calculs, pas de périhépatite. — *Rate* : très congestionnée, poids 1.735 grammes. — *Reins* : congestionnés.

L'*examen anatomopathologique* du foie et de la rate donne les résultats suivants :

Foie : cirrhose des espaces portes ancienne peu marquée ; dans certains lobules : dégénérescence graisseuse à la périphérie surtout. Tuméfaction trouble des cellules très marquée. — *Rate* : pas de lésion ancienne apparente ; mais il existe des lésions récentes : les vaisseaux sont très gorgés de sang, dans la pulpe splénique quantité considérable d'hématies. Somme toute : pas de lésions pyohémiques ; mais se rapprochant de lésions septicemiques.

Observation II. — *Mastoïdite. Phlegmon sous temporal septicémie. Mort survenue malgré trépanation et ligature de la jugulaire.*

Yvonne L.., âgée de 7 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 13 juillet 1899, salle Isambert. Les antécédents héréditaires sont nuls. Comme antécédents personnels : excellente santé antérieure ; n'a jamais eu que la coqueluche, rarement enrhumée. Pas de passé auriculaire. Mais quelquefois maux de gorge dus à de grosses amygdales. Il y a un mois : douleurs dentaires dans la mâchoire supérieure droite ; en même temps enrhumée, avait de la peine à ouvrir la bouche et mouchait du mucopus. Le 30 juin en revenant de l'école a souffert de l'oreille droite ; cette douleur vive, mais intermittente était accompagnée de somnolence, de gonflement rétro-auriculaire et de torticolis. Le matin l'abcès s'est ouvert coulant abondamment, les douleurs ont alors diminué mais ont persisté par crises. Au bout de 3 à 4 jours mouvement fébrile, l'écoulement a un peu diminué ; les douleurs ont été plus vives et fréquentes avec inappétence et somnolence. Le gonflement rétro-auriculaire a beaucoup augmenté à partir de ce moment s'étendant dans la région temporale. Il y a œdème de la joue, grande inappétence et torticolis considérable.

Comme traitement : Cataplasmes, injection dans l'oreille et mouches de Milan.

Vient consulter à Saint-Antoine le 13 juin :

L'état général est assez affecté, facies d'un infecté. Tête rejetée sur l'épaule gauche, contracture du sterno-mastoïdien droit. Dans la région mastoïdienne l'on trouve un gonflement décollant le pavillon et s'étendant jusque dans la fosse temporale qui est envahie dans son entier. Le gonflement s'étend jusqu'à la région malaire et la joue ; à son niveau la peau est tendue, mais saine. Cet empâtement est très douloureux à la pression surtout au niveau de l'antre, où il y a de la fluctuation nette. Le sterno-mastoïdien est contracturé, mais nullement infiltré. La *bouche* difficile à ouvrir, laisse voir une langue sale, pharynx très rouge, amygdales cryptiques, enflammées. Le *nez* présente de coryza. L'*oreille gauche* est saine. L'*oreille droite* présente beaucoup de pus dans le conduit, peu épais. Le conduit est atrésié. Le tympan est rouge et infecté.

Le *14 juillet*. — La petite malade, qui a eu 40° de fièvre, n'a plus que 39° ce matin.

L'amygdalite est moins violente, grâce aux lavages de la bouche. Rien aux poumons, rien au cœur.

Opération le 14 juillet. — Incision rétro-auriculaire. Tissus infiltrés, saignant facilement ; on tombe sur une poche sous-périostée qui est incisée. Il en sort une grande quantité de pus.

L'abcès exploré conduit dans la région temporale et s'étend jusqu'au niveau du zygoma. L'apophyse paraît saine, cependant, on trouve à la partie antérieure près du conduit une petite perforation.

Trépanation au lieu d'élection : tout de suite l'on tombe sur des cellules superficielles fongueuses. L'antre est profondément situé, rempli de fongosités. Toute la région de la pointe cariée est réséquée. On arrive ainsi jusqu'au sinus qui n'est pas fongueux. Le bord postérieur du conduit est lui-même carié et un peu fongueux. Toutes les cellules sont ouvertes et curettées. Un drain est mis dans l'abcès temporal. Gaze iodoformée, teinture d'iode.

15 juillet. — L'état général est assez bon, un peu de somnolence. La fièvre descend à 37°.

17 juillet. — La petite malade est un peu agitée et se plaint un peu. Température 38°.

On refait le pansement : la plaie mastoïdienne est très propre, la plaie temporale se vide encore par la pression, le drain est très souillé par le pus. Teinture d'iode, gaze iodoformée.

18 juillet. — La malade est un peu somnolente, ne se plaint pas de la tête, mais est un peu grognon. Pas de photophobie, pas de constipation. La petite malade a mangé un peu, ne vomit pas. La température oscille entre 37° et 38°. Les conjonctives sont un peu jaunes, selles décolorées. Les parents disent qu'elle aurait déjà eu quelque chose au foie. Le pansement est défait et l'on constate que la plaie mastoïdienne est un peu grisâtre, envahie par le pus de la région temporale fétide. La région temporale est toujours décollée et contient du pus fétide. Sinus à nu, mais propre. Fongosités dans l'antre. — Dans l'après-midi, la température monte à 39°,5, la malade, très somnolente, couchée en chien de fusil, se plaint un peu de la tête, du côté de la plaie. Elle vomit à plusieurs reprises sa nourriture; les selles sont décolorées. Pouls incomptable. Le foie est gros et douloureux, rien aux poumons, rien dans les urines. Pansement humide, calomel, sérum 200 grammes, lavement quinique.

19 juillet. — La température a baissé après le pansement à 38°, le pouls est revenu à 80, toujours un peu de somnolence. Le pansement est défait et refait : rien de spécial.

20 juillet. — La température est remontée à 39°, pouls rapide, foie qui descend jusqu'à l'ombilic, douloureux. Toujours du subictère et de la somnolence.

21 juillet. — La petite malade est toujours somnolente, la température est remontée jusqu'à 40°,2. Un peu d'œdème malléolaire; la petite malade ne se plaint pas de sa tête, mais de son ventre. Le foie est gros et douloureux. En raison de ces faits, on pratique une seconde intervention qui est exécutée, celle-là, par M. Laurens, sans chloroforme :

1° Ligature aseptique de la jugulaire, qui est trouvée très souple, non thrombosée. Pansement au collodion;

2° L'antre est un peu agrandi, puis l'on découvre le sinus qui est bien bleu, sauf au point où il était en contact avec la plaie. A ce niveau, il est un peu grisâtre. Incision du sinus, écoulement du sang pur. Tamponnement. Pansement sec.

22 juillet. — La somnolence a disparu, l'enfant demande à manger. Elle a peu de diarrhée, selles toujours décolorées; l'œdème malléolaire a un peu augmenté. Pouls rapide, pas de céphalée. Depuis deux jours : drap mouillé, deux lavements froids par jour, 300 grammes de sérum par jour, calomel. Au pansement, l'on ne trouve du pus ni dans l'antre, ni dans la région temporale. M. Thiercelin confirme le diagnostic de septicémie avec localisation hépatique. Le soir, la température remonte, l'ictère s'accentue.

23 juillet. — Changement considérable. Enfant couchée de côté, tête renversée, pupilles dilatées, conjonctives et peau beaucoup plus teintées. Extrémités froides, température rectale 40°, pouls incomptable, à peine perceptible. Respiration courte, précipitée, dents sèches et fuligineuses, langue rôtie, congestion pulmonaire des deux bases. Ventre toujours très douloureux. L'enfant geint constamment, répond très difficilement aux questions qu'on lui pose. Mort dans le coma.

24 juillet. — *Autopsie. Crâne* : Calotte cranienne enlevée. Dure-mère, pie-mère : rien. *Cerveau* congestionné. Les *sinus* et la *jugulaire* sont examinés dans tout leur trajet très attentivement, on ne trouve ni caillot, ni pus. *Thorax* : Poumons un peu congestionnés à la base, violacés. *Cœur* normal. *Abdomen* : un peu de sérosité et de gaz. Anses distendues, estomac très dilaté. *Foie* : un peu congestionné, un peu gris. Vésicule biliaire flasque, pas de bile; le foie pèse 1.250 grammes. *Rate* congestionnée, 120 grammes. *Reins* un peu gros.

Rocher ne présente rien d'anormal; le résultat de la trépanation est bon, un peu de pus sort de l'antre.

L'*examen anatomopathologique* du *foie* et de la *rate* montre absolument les mêmes lésions récentes que dans le premier cas : dans le *foie*, tuméfaction trouble des cellules et dégénérescence graisseuse de certains lobules; dans la *rate*, vaisseaux gorgés de sang et quantité considérable d'hématies dans le pulpe splénique.

L'*examen bactériologique* du sang pris dans le foie, le cœur et la rate avec des pipettes aseptiques et avec beaucoup de précautions montre, sur *lamelles* comme en culture sur *agar*, *gélatine* et *bouillon*, du *streptocoque* pur en grande quantité. Ce streptocoque inoculé à une souris la tue en 24 heures et l'on trouve toujours du streptocoque dans les organes de la souris.

En résumé, le tableau clinique dans nos deux cas est celui d'une septicémie dans laquelle certains phénomènes ont fait défaut.

Le premier symptôme observé a été la *fièvre* atteignant 39 à 40°, qui a eu tous les caractères d'une fièvre septicémique à grandes oscillations avec des différences de 1 à 2°, peu influencée par les interventions ou les pansements appliqués sur la mastoïde; mais à aucune période de l'affection on n'a observé de grands frissons, ni même de frissonnements; l'infection du sérum a paru toujours relever les forces du malade. Un second signe a été l'apparition d'un ictère peu prononcé coïncidant avec un développement considérable du foie et de la rate. Ces deux organes étaient du reste perceptibles et douloureux à la pression. Nous notons encore les *vomissements* alimentaires qui ont cessé bien vite, la *diarrhée* avec des selles décolorées terre glaise; dans les urines on n'a trouvé ni albumine, ni pigments.

L'*état somnolent*, avec un peu de *céphalée*, a été un des phénomènes les plus frappants; mais les deux malades répondaient bien aux questions. Pas de phénomènes convulsifs. Cœur bon, pouls à 160.

La mort est survenue, accompagnée de phénomènes ordinaires, comme somnolence, hypothermie et dilatation pupillaire.

En somme, dans ces deux cas, nous avons eu affaire à une infection ayant pour point de départ l'oreille moyenne et ses annexes, chez ces malades déja infectés, l'intervention au lieu d'amener la cessation des phénomènes a peut-être donné le coup de fouet. En outre, il faut tenir compte que ces deux malades, par une coïncidence bizarre, ont subi tous les deux une atteinte antérieure du côté du foie et que cet organe était de ce fait un *locus minoris resistentiæ*.

Mais les lésions observées à l'autopsie dans le foie et les autres organes ont été surtout des lésions banales de septicémie, superposées pour le premier cas à des lésions de cirrhose peu avancées. L'étude bactériologique du second cas où l'on trouve du streptocoque en culture pure et virulente, pourrait expliquer l'extrême gravité des accidents observés.

La ligature de la jugulaire qui a donné des résultats inattendus dans des mains expérimentées, n'a nullement pu enrayer la marche des accidents. Cette opération semble donc devoir être réservée dans des cas semblables.

Quelle a pu être la voie suivie par l'infection?

Celle qui semble la plus logique au premier abord est l'infection veineuse, soit par les veinules de l'oreille

et de la mastoïde, soit directement par l'intermédiaire du sinus; mais dans les deux cas le système veineux était absolument indemne.

Kœrner (1), en Allemagne, admet une théorie qui expliquerait les cas semblables à ceux que nous venons d'énumérer en admettant que l'infection se ferait par de petites phlébites osseuses se déversant dans le sinus et emportées de là dans la circulation.

Heyman (2) (de Varsovie) admet que l'infection se ferait directement par le passage de microbes à travers les parois, soit des veinules, soit des sinus; microbes qui se répandent dans le torrent circulatoire sans causer de thrombose.

Pour Leutert (3), il y aurait toujours phlébite des sinus et les cas où l'on ne trouve pas le caillot s'expliqueraient par l'existence de ce caillot dans la jugulaire où on ne le recherche pas, ou par une thrombose pariétale des parois sinusiennes; mais dans les cas observés la jugulaire ne contenait pas de caillot et les parois du sinus n'étaient ni épaissies, ni dépolies.

Sans prendre parti pour l'une ou l'autre de ces théories, l'infection nous paraît s'être produite, dans les cas signalés par nous, davantage par le mode indiqué par Heyman. Mais nous faisons jouer également un rôle important aux prédispositions hépatiques des deux sujets et surtout à l'hypervirulence des germes observés.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Epidémie de fièvre typhoïde à Bicêtre (*suite*) (4);

Par BOURNEVILLE et CHAPOTIN.

OBS. XX. — **Idiotie et épilepsie. — Fièvre typhoïde compliquée de péritonite généralisée consécutive à une appendicite.**

SOMMAIRE. — *Père, famille du père, rien de particulier. — Mère bien portante. — Famille de la mère tuberculeuse : père, mère, frère et deux sœurs tuberculeux.*

Premières convulsions limitées à la face. — A 8 mois première crise épileptiforme. — Caractère emporté, mendiant. — Rougeole. — Teigne. — Fièvre typhoïde. — Mort par péritonite généralisée.

Lau.. (Maurice), né à Paris le 12 novembre 1884, entre à Bicêtre le 18 septembre 1890.

Antécédents (*Renseignements fournis par la mère de l'enfant*). — PÈRE, 53 ans, homme de peine au chemin de fer du Nord. Toujours très bien portant, pas de convulsions durant la première enfance; travailleur, intelligent, pas d'excès de boissons; pas d'accidents rhumatismaux, ni d'affections cutanées. — [*Famille du père.* — Son *père* est mort âgé, sa *mère* est morte à 74 ans; pas d'autres renseignements non plus que sur les *grands-parents* que la mère n'a pas connus. — Deux *sœurs* dont l'une morte à 42 ans d'un *cancer de l'utérus;* l'autre, âgée de 57 ans, en bonne santé. — Un *frère* mort accidentellement, avait des enfants bien portants et n'ayant jamais eu de convulsions.]

MÈRE, 47 ans, femme de ménage, d'apparence robuste, toujours bien portante; pas de convulsions, pas de migraines, pas de bronchites ni de douleurs rhumatismales, ni d'affections cutanées, etc. — [*Famille de la mère.* — *Père* mort à 49 ans de *tuberculose pulmonaire;* pas d'excès de boissons. — *Mère* morte à 42 ans, également *tuberculeuse.* — *Grands parents* morts âgés. — Pas de renseignements sur les oncles et tantes. — Deux *sœurs* et un *frère* morts de *tuberculose pulmonaire* vers l'âge de 20 ans.]

Pas de consanguinité. — Différence d'âge de 6 ans (père plus âgé).

6 *enfants* dont 5 vivants; pas de fausses couches : 1° garçon, 22 ans, très bien portant, intelligent; — 2° garçon mort à 13 mois d'une broncho-pneumonie rubéolique; — 3° fille, 18 ans, intelligente, santé très délicate, probablement tuberculeuse; — 4° et 5° garçon, 14 ans, intelligent et une fille, 11 ans, bien portante; — 6° le malade.

Antécédents personnels. — Au moment de la *conception,* les parents étaient en bonne santé. — *Grossesse* très bonne, ni traumatisme, ni émotion, etc... — *Accouchement* à terme, facile, pas d'accidents ni du côté de la mère, ni du côté de l'enfant, pas d'asphyxie. — Élevé au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 18 mois; il semblait ne différer en rien des autres enfants; il n'a présenté aucune affection aiguë jusqu'à l'âge de 6 mois. — A cette époque, pendant son sommeil, sa mère s'aperçoit qu'il présente du clignotement des paupières et des *convulsions* des globes oculaires; qu'il a perdu connaissance, mais n'offre ni raideur des membres ni émission d'urines. — Cette *première crise* a duré cinq minutes au plus et, à la suite, le malade est resté abattu un moment. Trois jours après, *nouvelle crise.* A partir de là, les crises reviennent une fois ou deux par semaine, avec les mêmes caractères jusqu'à l'âge de 8 mois.

A cet âge, le malade est pris, un jour, de *violentes convulsions* débutant par les muscles de l'œil; le tronc est en extension, les membres offrent des convulsions toniques puis cloniques, *prédominant* du *côté gauche;* morsure de la langue. La perte de connaissance a duré 4 heures consécutives. Pendant la première heure, les convulsions toniques ont persisté sans discontinuer. A la fin de cet *état de mal,* la respiration est devenue si irrégulière et si faible que ses parents l'ont cru mort. Deux jours après, au dire de la mère, l'enfant avait encore de la fièvre.

Depuis lors les accès n'ont jamais cessé pendant plus d'un mois à cinq semaines. Ils reviennent assez régulièrement pendant le jour, l'après-midi surtout, parfois précédés de vomissements. Les convulsions prédominent tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

A mesure que le malade avançait en âge, le caractère de ces crises se modifiait légèrement : le début s'annonçait par une sorte d'aura; l'enfant criait : « Je vais être malade » ou bien portait ses mains à l'épigastre comme s'il y ressentait une douleur spéciale; jamais de cri initial. Puis le visage devenait très pâle, le malade « tournait la tête comme pour suivre quelque chose qui s'envolait, » et tombait à terre en perdant connaissance; alors survenaient des convulsions toniques du tronc et des membres, ensuite des convulsions cloniques d'un seul côté ou des deux côtés; enfin morsure de la langue, écume, miction involontaire. Ces accès durent un quart d'heure, vingt minutes; après la crise le malade est plongé dans la somnolence et présente un peu de fièvre (?) — Rarement on a observé plus d'un accès dans la même journée : parfois le malade a eu quelques vertiges.

Marche à 10 mois, *parole* à 20 mois, *propre* de très bonne heure. C'est seulement depuis l'âge de 4 ans que la mère a observé que l'intelligence de son enfant était en retard, bien que sa mémoire fut assez bonne : il imitait les cris des marchands ambulants, retenait avec beaucoup de facilité les chants des chanteurs des cours. Mis à l'école, on n'a pas voulu le garder, parce qu'il était turbulent, taquin. Pas de mauvais instincts, sentiments affectifs peu développés; conscience du danger.

État actuel. — *Physionomie* assez éveillée. — Volume de la tête normal, pas de saillie exagérée des bosses; cheveux châtains foncés; front assez développé, cicatrice sur la partie droite; sourcils châtains assez fournis; légère conjonctivite; iris brun, pupilles égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation; l'enfant a bonne vue mais ne sait pas distinguer les couleurs. — *Nez* aquilin, assez volumineux à la partie inférieure; pommettes régulières, un peu colorées, visage ovale. — Bouche, lèvres, voile du palais, langue, rien d'anormal; amygdales volumineuses. — *Menton* rond. — *Oreilles* écartées, de dimensions normales.

(1) Kœrner. — *Loc. cit.*
(2) Heyman. — *Annales mal. oreilles,* 1897, n° 11.
(3) Leutert. — *Loc. cit.*
(4) Voir *Progrès Médical,* n°s 32 et 33.

Cou, circonférence 25 centimètres ; à la palpation quelques petits ganglions le long des parties latérales.

Membres supérieurs et *inférieurs,* rien de particulier. — Sensibilité et réflexes normaux.

Thorax régulier. La percussion et l'auscultation des poumons et du cœur ne décèlent aucun signe pathologique. — *Abdomen* normal. — *Puberté.* — Corps complètement glabre ; verge : longueur 6 cent., circonférence 45 millimètres, — testicules égaux, du volume d'une petite olive ; — rien à la région anale.

1891. *Février.* — Placé à la petite école, le malade y montre peu de bonne volonté ; il est d'un caractère entier, querelleur, grossier et boudeur si on le contrarie ; cependant il aime qu'on s'occupe de lui ; il a envie de tout ce qu'il voit et mendie continuellement de l'argent auprès de toutes les personnes qu'il rencontre.

1892. 10 *février.* — L'enfant contracte la *rougeole* et entre au pavillon d'isolement : T. 39° ; éruption confluente sur le tronc et le visage, plus discrète sur les membres ; toux rauque, mais cependant peu de signes à l'auscultation ; rhinite et conjonctivite catarrhales assez intenses ; pas de gêne de la déglutition, voix normale. Potion à l'acétate d'ammoniaque ; limonade citrique.

11 *février.* — Éruption confluente sur le tronc et les membres ; dyspnée légère, le malade respire la bouche ouverte, râles sous-crépitants et muqueux dans toute l'étendue du poumon gauche. Pouls régulier. T.R. 38°, 2.

12 *février.* — Dyspnée et toux disparues, la voix reste un peu rauque. L'éruption persiste encore au visage ; considérablement atténuée sur le reste du corps où elle offre l'aspect de petites papules livides dont quelques-unes desquament. T.R. 37°, 4.

23 *février.* — Lau.., guéri, est renvoyé à la petite école. — *Traitement* : sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue.

1893. — Aucune modification dans le caractère de l'enfant qui est toujours irascible et mendiant. Il arrive à placer à peu près convenablement les lettres, mais est incapable de toute attention. — Hydrothérapie.

1895. — État de déchéance ; l'intelligence s'affaiblit de plus en plus, la parole devient embarrassée ; les accès sans être plus fréquents durent plus longtemps.

Puberté. — Corps complètement glabre : verge : longueur. 55 millim., circonférence 60 millim. Gland découvert, testicules de la grosseur d'une petite olive ; anus normal.

1896. — Le nombre des accès a augmenté considérablement, la déchéance s'accentue ; elle porte principalement sur la *parole* qui est embarrassée, le malade bave fréquemment, prononce des mots sans suite ou répète le même mot pendant toute une journée. Caractère entêté, mendie toujours.

1897. — Atteint de *teigne tondante,* il entre au pavillon d'isolement le 9 avril et en sort guéri le 13 octobre. — *L'état de déchéance* ne fait que s'aggraver ; l'enfant ne sait plus prendre soin de lui, est continuellement déshabillé, le visage et les mains sales. Il bave continuellement, crie et pleure des journées entières. Il erre sans cesse de côté et d'autre sans savoir où il se dirige et sans chercher à se sauver.

1898. 4 *octobre.* — Depuis quelques jours, fièvre avec toux, anorexie ; pas de vomissements, ni de diarrhée. T. R. 39°, 9.

5 *octobre.* — Aspect prostré du malade. Toux fatigante, nombreux râles de bronchite disséminés et prédominant surtout à droite ; application de ventouses en avant et en arrière du thorax. — Pas de diarrhée, ventre légèrement météorisé. T.R. 39°, 9 et 40°, 4.

6 *octobre.* — Bronchite diminuée d'intensité. Pas de sécheresse de la langue ni de fuliginosités des dents ; ventre ballonné, quelques *taches rosées* au pourtour de l'ombilic. Dans l'après-midi, diarrhée légère. T. R. 39°,6 matin et soir.

Le *traitement* est alors institué tel qu'il a été établi pour tous les malades atteints dans le cours de l'épidémie ; savoir : régime lacté, potion de Todd, deux lavements boriqués froids par jour, température rectale prise toutes les 3 heures et bains froids toutes les fois que la température dépasse 39°.

7 *octobre.* — Etat stationnaire. T. R. 39°,7 et 39°,3.

10 *octobre.* — Les dents sont recouvertes d'un enduit grisâtre très fétide et les lèvres de croûtes facilement saignantes. Météorisme abdominal et taches rosées en partie disparus ; la diarrhée a complètement cessé. Le malade est agité, crie sans cesse ; mouvements continuels durant lesquels il s'assied sur son lit et se laisse retomber en arrière, frappant durement sa tête sur l'oreiller.

	1890		1891		1892		1893		1894		1895		1896		1897		1898	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges	Accès.	Vertiges.
Janvier	—	—	2	»	»	30	»	»	1	»	10	»	28	1	10	»	18	»
Février	—	—	»	»	2	»	»	»	2	»	20	»	22	»	15	1	10	»
Mars	—	—	2	»	1	»	3	»	1	»	5	»	22	»	34	»	14	»
Avril	—	—	2	»	1	»	»	»	3	»	1	»	15	»	2	»	20	»
Mai	—	—	11	»	»	»	5	»	1	»	6	»	7	»	2	»	14	»
Juin	—	—	2	»	5	2	1	3	2	2	8	»	9	»	»	»	12	»
Juillet	—	—	5	»	2	»	1	»	»	»	3	1	17	»	»	»	9	1
Août	—	—	1	»	»	1	5	»	8		10	»	15	»	3	»	7	»
Septembre	2	4	4	25	5	1	3	»	»	»	7	»	4	»	4	»	20	»
Octobre	15	2	9	»	3	»	1	»	7	»	11	»	1	»	4	»	—	—
Novembre	2	7	5	5	4	»	9	»	1	»	7	»	7	»	15	»	—	—
Décembre	5	9	2	»	3	»	4	»	17	»	12	»	42	»	9	»	—	—
Totaux	24	22	45	30	26	34	29	3	52	2	101	1	189	1	98	1	124	1

12 *octobre.* — Légère amélioration ; l'agitation a diminué d'intensité. — Lavements avec 50 centigrammes de sulfate de quinine. Depuis le 6 octobre, la T. oscille entre 39° et 40°.

13 *octobre.* — Bruits du cœur très rapides et très affaiblis : 0 gr. 80 de caféine en injections.

14 *octobre.* — Même état, continuation du traitement.

15 *octobre.* — Amélioration de l'état général, les fuliginosités des dents et des lèvres ont disparu, la diarrhée a complètement cessé et le malade n'accuse aucune douleur à l'exploration de l'abdomen. Le cœur est bien remonté, on suspend la caféine. Du 13 oct. à ce jour, la T. oscille entre 38° et 39°.

16 *octobre.* — État stationnaire dans la matinée ; vers deux heures de l'après-midi, on a observé que le malade devenait pâle, somnolent, avait les traits tirés. Le soir la température monte brusquement de 38°,6 à 40°,6 et le malade meurt à 10 heures 1/2 du soir dans un état comateux. (*Fig.* 16.)

	T. R. Du corps.	T. Chambre.
Température aussitôt la mort	39°,9	18°
— 1/4 d'heure après	38°	18
— 1 heure après . . .	37°	18°
— 2 heures après . . .	37°	18°
— 3 heures après . . .	35°	18°
— 5 heures après . . .	32°	18°
— 8 heures après . . .	26°	18°
— 11 heures après	20°	18°
— 14 heures après	18°	18°
— 18 heures après	16°	16°

Autopsie pratiquée 34 heures après le décès. Ventre distendu et verdâtre ; rigidité plus prononcée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

Tête. — *Cuir chevelu* épais ; deux ecchymoses à la naissance du cuir chevelu (front). — *Crâne* ovoide, très épais, mesurant de 5 à 8 millimètres d'épaisseur (frontal) ; *lourd* (1). Les bosses pariétales sont très profondes. Toutes les sutures persistent sur les deux faces ; elles sont finement dentelées. Os wormien de 22 millimètres sur 18.

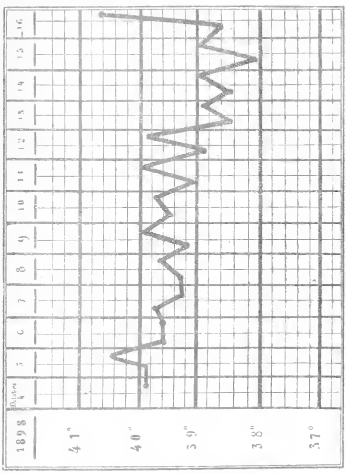


Fig. 16 — Fièvre typhoïde.

Cerveau. — *Dure-mère*, rien de particulier. — *Apophyse crista-galli* épaisse, plutôt arrondie. — *Apophyses clinoïdes* effacées. — *Glande pituitaire*, paraît naturelle. — *Trou occipital*, rien d'anormal. — Les différentes parties de la base du crâne paraissent égales et symétriques — *Glande pinéale*, rien de particulier. — *Nerfs olfactifs, optiques, tubercules mamillaires, artères*, etc., symétriques et semblant indemnes de toutes lésions. — Quelques adhérences à la partie postérieure de la face interne des lobes frontaux. Sur les deux hémisphères il y a de nombreux foyers de méningo-encéphalite.

Le *cervelet*, la *protubérance*, le *bulbe* ne présentent aucune disposition morphologique spéciale.

Le *liquide céphalo-rachidien* était en petite quantité.

Cou. — *Corps thyroïde* normal, pas de persistance du *thymus*.

Thorax. — *Poumons* congestionnés, surtout le gauche, mais sans trace d'inflammation ; léger épanchement pleural du côté gauche. — *Cœur*. Epanchement jaunâtre dans la cavité péricardique ; pas de persistance du trou de Botal, pas de lésions valvulaires ; parois du ventricule gauche hypertrophiées.

Abdomen. — Epanchement puriforme dans la cavité péritonéale. — *Intestin grêle* fortement enflammé dans sa portion terminale, présente sur sa face péritonéale un piqueté hémorragique recouvert d'exsudats pseudo-membraneux. *Ulcérations* nombreuses des plaques de Peyer, localisées au voisinage du cæcum ; pas de perforation. — *Cæcum* noirâtre à sa partie postérieure ; à ce niveau le péritoine pariétal est rouge et ecchymosé. — *Appendice gros, enflammé* ; son extrémité est dure et paraît renfermer un corps étranger de la grosseur d'un petit pois. A l'ouverture de l'appendice on ne trouve aucune trace de corps étranger ; l'appendice est perméable dans toute son étendue. — Les *ganglions mésentériques* sont très peu engorgés, au contraire les ganglions péricæcaux sont volumineux mais mous. — *Foie* volumineux : tissu grisâtre et mou. — *Rate* grosse, flasque, diffluente. Près du hile on constate la présence de deux petites *rates supplémentaires*, l'une de la grosseur d'une noisette, l'autre de la grosseur d'un gros pois. — *Capsules surrénales* n'offrent rien de particulier. — *Reins* se décortiquent facilement, pas de lésions appréciables. — *Pancréas* blanc et assez dur. — Rien du côté de la *vessie* ni des *organes génitaux*. — *Ascaride* de 30 centimètres de long à l'intérieur de l'intestin.

Poids des organes.

Encéphale	1.240 gr.
Cerveau	1.090 —
Hémisphère cérébral droit	545 —
— — gauche	545 —
Cervelet et isthme	150 —
Hémisphère cérébelleux droit	65 —
— — gauche	65 —
Bulbe et protubérance	20 —
Liquide céphalo-rachidien	petite quantité
Moelle épinière	38 gr.
Corps thyroïde	10 —
Thymus	Pas
Cœur	165 gr.
Poumon droit	225 —
— gauche	195 —
Foie	1.160
Rate	205 —
Capsule surrénale droite	7 —
— — gauche	7 —
Rein droit	110 —
— gauche	110 —
Pancréas	65 —

Réflexions. — I. Les *antécédents* névropathiques *héréditaires* sont négatifs, mais nos renseignements sur les familles du père et de la mère sont un peu insuffisants.

II. L... aurait été normal jusqu'à cinq mois. A cet âge surviennent des *convulsions localisées* qui se reproduisent à diverses reprises pendant deux mois. Alors éclate un véritable *état de mal convulsif*, qui dure quatre heures, sans retour de la *connaissance*, avec prédominance des convulsions dans le côté gauche et auquel succède l'*épilepsie*.

III. A partir de 4 ans, les parents s'aperçoivent que les facultés intellectuelles de leur enfant ne se développent pas, ce qui, joint à sa turbulence, s'oppose à ce qu'on le conserve à l'école. L'attention d'ailleurs fait défaut, le caractère est irritable. L'enfant mendie.

Après être resté à peu près stationnaire 1893-1894, l'état intellectuel se modifie : la déchéance s'accuse de plus en plus, la parole s'embarrasse, la tenue devient tout-à-fait mauvaise, les accès semblent durer plus longtemps.

IV. L'intelligence, qui était déjà très limitée à l'entrée, loin de se développer a diminué progressivement sous l'influence des accès, *suivis d'une somnolence* et d'*une hébétude prolongées* (1). Les *lésions méningo-encéphalitiques*, constatées à l'autopsie, en fournissent l'explication.

(1) Nous avons souvent signalé l'épaisseur, l'état graisseux et l'augmentation de densité du crâne chez les épileptiques : cette observation en fournit un nouvel exemple.

(1) D'après un certain nombre d'observations, nous serions enclin à penser que ces symptômes feraient présager une démence assez rapide. Déjà dit.

V. La *fièvre typhoïde*, sauf une période passagère d'agitation, paraissait avoir une marche régulière quand, brusquement, sans autres accidents préalables, sont survenus une pâleur de la face, une altération des traits, de la somnolence, du coma, une élévation thermique de deux degrés, aboutissant en 24 heures à la mort. A l'autopsie, *épanchement puriforme dans la cavité péritonéale, péritonite, appendicite.* Les symptômes observés ne pouvaient pas faire prévoir d'aussi graves lésions, la température, en particulier, loin d'augmenter, a oscillé entre 38° et 39°, puis s'est élevée brusquement à 40°,6.

Obs. XXI. — **Hydrocéphalie et plagiocéphalie. — Fièvre typhoïde; perforations multiples.**

Sommaire. — *Père alcoolique; otite entraînant des maux de tête continuels. — Grand'mère paternelle, caractère difficile. — Un oncle et une tante paternels morts très jeunes. — Mère : fièvres intermittentes (?); migraines; crises avec perte de connaissance. — Grand'mère maternelle alcoolique. — Un demi-frère mort de congestion cérébrale. — Pas de consanguinité; différence d'âge : treize ans.*

Crises nerveuses durant la grossesse. — Asphyxie à la naissance; trois circulaires du cordon autour du cou. — Début de la parole à quatre ans, de la marche à trente mois; propre à trois ans. — Méningite à trois ans. — Convulsions. — Variole et rougeole légères. — Brûlure avec de l'eau bouillante. — Scarlatine. — Kronomanie. — Fièvre typhoïde.

Autopsie. — *Plagiocéphalie légère; os du crâne offrant de nombreuses plaques transparentes. — Distension considérable des ventricules latéraux. — Six perforations intestinales. — Collection purulente intra-péritonéale.*

Charr.... (Paul), âgé de cinq ans, né à Paris, entre à Bicêtre le 8 mai 1894.

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère en 1896.*) — Père, 54 ans, déménageur, bien portant; pas de convulsions dans l'enfance; il y a une dizaine d'années a souffert de *maux de tête* et était devenu *sourd*; on l'a traité pour une otite et il a complètement guéri au bout d'un mois. Caractère gai, *boit beaucoup*, s'enivre à peu près régulièrement une fois ou deux par mois : il est alors bruyant mais pas méchant. Ne fume pas. Pas de rhumatismes, pas de syphilis probable.

[*Sa famille.* — *Père*, cultivateur, mort à 71 ans; peu de renseignements, sobre. — *Mère* morte à 70 ans; longtemps malade; caractère acariâtre, était considérée dans tout le pays comme une «femme méchante». — Un *frère* et une *sœur* morts très jeunes. — Pas d'autres renseignements sur le reste de la famille.]

Mère, 41 ans, porteuse de pain. Pas de convulsions ni de maladies graves durant l'enfance; à 17 ans, érysipèle; à 27 ans, *fièvres intermittentes*; était sujette à des *attaques d'hystérie* revenant à peu près tous les quinze jours : ces crises ont duré jusqu'au moment où elle était enceinte de notre malade. *Migraines* survenant huit jours avant ou huit jours après les époques menstruelles; ont cessé lorsqu'ont apparu les fièvres intermittentes. Vers la même époque bronchite avec hémoptysies (probablement d'origine arthritique). Caractère un peu emporté; visage très coloré, physionomie franche, assez intelligente.

[*Sa famille.* — *Père*, inconnu. — *Mère*, morte à 54 ans; blanchisseuse, rhumatisante, *buvait* un peu sans être jamais ivre. Caractère calme, pas nerveuse. Orpheline à neuf ans, elle n'a pu laisser à sa fille aucun renseignement sur sa famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 13 ans (père plus âgé). A 18 ans la mère avait un amant dont elle eut un enfant mort à neuf mois de *congestion cérébrale*. Depuis n'a pas eu d'autres enfants que notre malade; pas de fausse couche.

Notre malade. — État satisfaisant du père et de la mère au moment de la *conception*. Celle-ci n'ayant pas eu d'enfants depuis quatorze années ne croyait pas être enceinte et, sur les conseils d'un pharmacien, prit six cachets (?) et un bain alcalisé pour rappeler ses règles. Elle n'a rien fait ni tenté par ailleurs, a plutôt été heureuse de se voir enceinte. — *Accouchement* à terme, normal, durée du travail vingt-sept heures, présentation du sommet.

A la *naissance* trois circulaires du cordon autour du cou, état asphyxique. La tête était volumineuse, ce qui retardait l'accouchement; le poids de l'enfant était de neuf livres 1/2. — Allaitement maternel jusqu'à onze mois, au biberon, avec du lait de vache jusqu'à deux ans 1/2. — *Première dent* à sept mois; *dentition complète* à dix-huit mois. — Début de la *parole* à quatre ans, mais ce n'est guère que depuis son entrée à Bicêtre qu'il prononce quelques mots correctement. Ch... a *marché* à trente mois et a été *propre* à trois ans.

A trois mois, *méningite* caractérisée par de la somnolence avec congestion de la face, et des *convulsions*; celles-ci revenaient très souvent et *pendant vingt-trois jours l'enfant est resté sans connaissance*. A la suite de cette maladie (soignée par un homœopathe), l'enfant est resté *sourd* et *aveugle* jusqu'à huit mois et demi. Petit à petit, il a recouvré l'usage de ses sens et n'a présenté par la suite ni paralysie, ni contracture. — *Vacciné* à quatre ans. *Variole* et *rougeole* légères. — A quatre ans, il s'est *brûlé* assez profondément sur tout le côté droit du corps avec de l'eau bouillante. — Caractère gai mais très irascible; lorsqu'il est en colère, *il se frappe la tête contre les murs*. Il est assez affectueux et reconnaît bien ses parents, aurait de la tendance à briser les objets qui sont à sa portée. Il mange gloutonnement, aime le café mais pas le vin. Le sommeil est calme, on n'a pas observé de tendance à l'onanisme.

Sa famille n'a jamais cherché à l'instruire ni même à l'éduquer, aussi, à son entrée dans le service, Char..... agité, bruyant, brisant tout, disant à tout propos des mots orduriers, était incapable de toute application et même de toute obéissance.

État actuel (*pris le 13 juillet 1894*). — État général satisfaisant; Char.... a l'air d'être en excellente santé, l'expression de la physionomie est timide et défiante. La *peau* est fine et assez blanche, le visage et le cou sont hâlés.

Tête. — Les cheveux, châtains clairs, descendent bas sur le front et sur les tempes : pas de cicatrices, pas d'épi, tourbillon postérieur médian. Le crâne est rond, volumineux, *plagiocéphale*, les bosses frontale droite et pariétale gauche sont plus développées. On note une *légère dépression* au niveau de la *fontanelle antérieure*. Au-dessus de la protubérance occipitale externe, dépression en méplat de la face postérieure du crâne. — *Face* très développée, mais pas tout à fait en rapport avec le développement du crâne. *Front* olympien, fuyant de haut en bas. *Arcades sourcilières* effacées; sourcils blonds et assez rares. — *Fentes palpébrales* largement ouvertes, cils longs, légère blépharite. — Pas de strabisme, d'exophtalmie, ni de nystagmus. *Iris* vert brun. — Pupille normalement dilatée, réagit bien à la lumière; quant à la réaction à l'accommodation, à l'étendue de l'acuité et du champ visuels, il est impossible de les déterminer. Char... ne semble pas non plus reconnaître les couleurs. — *Nez* droit, un peu aplati à la base, lobule assez volumineux, narines symétriques, ailes minces. *Odorat* très peu développé. — *Bouche* assez grande, lèvres minces. *Dentition* très régulière et très belle; rien au niveau du plancher de la bouche non plus qu'à la voûte palatine. — *Joues* grosses. — *Menton* moyen, assez fort; pas de prognathisme. — *Oreilles* moyennes, bien ourlées, un peu charnues; lobule petit et détaché.

Cou. — Circonférence : 26 cm. Pas de goître, ni de ganglions.

Thorax : côté droit plus développé; pas de signes de rachitisme, pas de déviation notable de la colonne vertébrale; légère ensellure lombaire. — *Abdomen* proéminent, vaste cicatrice de brûlure au flanc droit.

Membres supérieurs réguliers; onychophagie très marquée.

Membres inférieurs légèrement cagneux ; cicatrice de brûlure sur la cuisse droite. Les réflexes semblent normaux ; pieds bien conformés. — Pas de troubles apparents de la motilité ; sensibilité normale.

Puberté. — Corps complètement glabre. *Phimosis* ; longueur de la verge 5 cm., circonférence 4.5 cm. — Scrotum très développé ; testicules au niveau des anneaux inguinaux, du volume d'un petit haricot. Réflexe crémastérien très net ; région anale normale.

Légère *écholalie* : l'enfant répète constamment : « non, pas de chance », ce que sa mère paraît lui avoir appris ; il ne répond pas aux questions bien qu'il prononce tous les mots, souvent, il est vrai, en bredouillant. Il semble se rendre compte de toutes les choses qui l'entourent et les désigne par leur nom......

1898. 10 *nov.* — Après le déjeuner de midi, Char... est pris de *vomissements* en même temps que d'une *diarrhée* qui dure une partie de la journée.

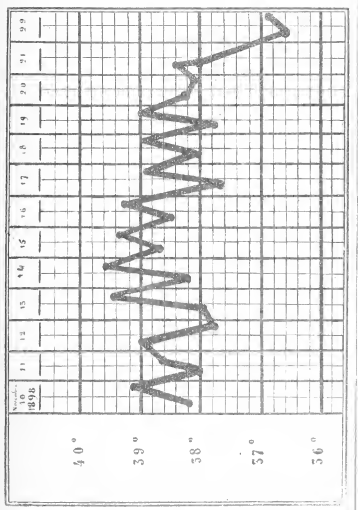


Fig. 17. — Fièvre typhoïde.

11 *novembre.* — Le malade entre à l'infirmerie. Interrogé, il ne sait dire où il souffre, mais il marche plié en deux, les mains appliquées sur l'abdomen. Le ventre présente un *ballonnement* assez développé : la pression dans la fosse iliaque droite détermine une réaction douloureuse très légère ; sonorité normale à la percussion. — La langue est humide. — La respiration ne donne pas de grande indication ; l'inspiration est plus rude.

12 *novembre.* — La diarrhée continue sans être très grave. L'enfant semble beaucoup mieux ; le ventre toujours distendu reste un peu sensible ; l'enfant se tient couché les cuisses repliées. — Rudesse du bruit respiratoire persistant à droite.

Du 13 au 19 novembre l'état est sensiblement stationnaire, la température oscille entre 38° et 39° (*Fig.* 17).

21 *novembre.* — Le visage prend une teinte jaunâtre et plombée, la température baisse aux environs de 38°. L'état général semble s'être aggravé subitement. La langue est blanchâtre et sèche, la diarrhée a disparu. Le ventre est toujours tendu, les muscles en état de défense. Il semble que la fosse iliaque droite soit légèrement tuméfiée, et qu'à ce niveau la circulation veineuse soit plus développée. Aucune matité à la percussion. — Les signes respiratoires ne se sont pas sensiblement modifiés. — Pouls petit et misérable mais sans intermittences. — Examen des urines impossible.

22 *novembre.* — La température tombe le matin à 36°,6. Le malade est plongé dans le *coma* ; le *pouls filiforme* est presque imperceptible. Le ventre est ballonné, asymétrique, plus développé au niveau de la fosse iliaque droite. On cherche à remonter le malade par des injections de sérum artificiel, et on discute un moment la nécessité d'une intervention chirurgicale ; mais l'état général s'aggrave de plus en plus et le malade succombe à 8 heures 1/2 du soir. (*Fig.* 17).

Poids des organes.

Encéphale	1265 gr.
Cerveau	1110
Hémisphère cérébral droit	550
— — gauche	560
Cervelet et isthme	155
Hémisphère cérébelleux droit	70
— — gauche	65
Bulbe et protubérance	20
Liquide céphalo-rachidien	27
Moelle épinière	30
Corps thyroïde	15
Thymus	Pas.
Cœur	150
Poumon droit	230
— gauche	195
Foie	1040
Rate	60
Capsule surrénale droite	5
— — gauche	5
Rein droit	85
— gauche	95
Pancréas	50

Autopsie faite trente-huit heures après le décès.

TÊTE. — *Cuir chevelu* très-maigre et pâle. — *Crâne* mince et peu dur. Nombreuses plaques transparentes, fontanelles fermées. — Toutes les *sutures* persistent et sont finement dentelées. Sur la suture pariéto-occipitale droite, il existe un *grand os wormien* de 5 cent. sur 3 ; on en trouve un autre de 5 cent. sur 2 et deux petits mesurant 10 mill. sur 5 le long de la suture pariéto-occipitale gauche. — Légère plagiocéphalie, saillie du frontal droit et aplatissement de l'occipital gauche. — Adhérences très-résistantes de la *dure-mère* au niveau de l'occipital et surtout à droite. — Quelques fines adhérences de la *pie-mère* à la *dure-mère* le long du bord supérieur des hémisphères et principalement sur sa moitié antérieure. Adhérences également au niveau de l'extrémité antérieure des lobes temporaux.

La *pie-mère* ne présente pas d'épaississements, ni de fausses membranes ; elle est très-légèrement vascularisée, et d'une manière uniforme. Nombreuses adhérences pie-mériennes entre les faces internes des deux lobes frontaux. — *Corps calleux* très-aminci (1 m/m d'épaisseur) assez dur. Malgré la *distension des ventricules latéraux,* il ne s'est écoulé que très-peu de liquide céphalo-rachidien mêlé de sang (27 gr.)

La *protubérance* et le *bulbe* n'offrent rien de particulier ; les *pyramides* paraissent un peu plates, les *olives* sont symétriques. — La paroi du *quatrième ventricule* est grenue, épaisse, rugueuse.

Hémisphère droit. — *Dilatation considérable* et uniforme des trois cornes du *ventricule latéral.* — Le *corps strié* paraît avoir son volume normal ; la *couche optique* est un peu plus petite. — Poids : 550 gr.

COU ET THORAX. — Pas de persistance du *thymus.* — *Corps thyroïde* normal (15 gr.). — *Poumon droit* (230 gr.). Adhérence complète mais peu résistante des deux feuillets pleuraux sur toute leur hauteur ; pas de foyers de congestion. — *Poumon gauche* (195 gr.). Adhérences seulement à la base. — *Cœur,* légère hypertrophie de la paroi ventriculaire gauche, pas de persistance du trou de Botal. — *Canal thoracique* rempli par un liquide jaunâtre.

ABDOMEN. — Adhérences peu résistantes de l'épiploon et du péritoine viscéral à la paroi abdominale antérieure. Ouverture d'une *vaste collection de liquide purulent*, jaunâtre, d'odeur fécaloïde et siégeant au côté droit. En décollant les anses intestinales du côté gauche, on détermine l'issue d'un liquide purulent blanchâtre, très abondant, et en retournant le cadavre, il s'écoule une quantité de liquide purulent évaluée approximativement à deux litres. On trouve alors dans la *fosse iliaque droite* une *énorme cavité* dans laquelle on peut loger les deux poings, et limitée en haut par la face inférieure du foie, partout ailleurs par des anses intestinales agglutinées par des fausses membranes. Le pus a fusé en bas jusque dans l'excavation pelvienne qu'il remplit complètement; le cul-de-sac recto-vésical est comblé par des exsudats membraneux.

Au niveau du *cæcum*, adhérences nombreuses et résistantes. L'*appendice* ne présente rien de particulier. Dans les cinq derniers centimètres de l'*intestin grêle*, on observe *deux perforations* assez larges, et en deux points la muqueuse est complètement détruite ; la séreuse et la tunique musculaire forment seules le fond de ces ulcérations. A trente-cinq centimètres de la valvule iléo-cæcale siègent, sur l'intestin grêle, *quatre perforations* dont deux largement ouvertes sont de la largeur d'une petite lentille; les deux autres sont oblitérées par des fausses membranes qui ont déterminé l'accolement des deux lèvres de l'orifice. Ces perforations, ainsi cicatrisées, ne sont bien visibles que lorsqu'on examine l'intestin par sa face interne : on note alors une légère saillie des lèvres de l'orifice.

Foie : fausse membrane épaisse sur la face inférieure de son lobe droit ; rien ailleurs. — *Rate* un peu hypertrophiée ; épaississement de la capsule sur la face interne. — *Rein droit* : sur sa face antérieure, atmosphère celluleuse épaissie et formant la paroi de la poche purulente. — *Rein gauche* normal, se décortiquant aisément. — *Organes génitaux* sains.

RÉFLEXIONS. — I. Rien à noter dans la famille paternelle, excepté les *excès alcooliques* du *père*. — Quant à la *mère*, elle est nerveuse, a eu des *attaques d'hystérie* et des *migraines* qui auraient disparu sous l'influence de *fièvres intermittentes*. Dans sa famille, sur laquelle les renseignements font défaut, nous n'avons à mentionner que les *excès de boisson* de sa mère, grand'mère maternelle de l'enfant, et la *congestion cérébrale* dont est morte une *demi-sœur maternelle*. Signalons en passant l'*inégalité d'âge* de 13 ans de ses père et mère, circonstance que nous relevons toujours dans nos observations parce que quelques auteurs l'ont invoquée comme élément étiologique de l'idiotie.

II. Les *antécédents personnels* nous offrent à noter : *a*) l'*asphyxie* et le *volume exagéré de la tête* à la naissance ; — *b*) une *méningite grave* à trois mois, avec *convulsions* répétées et *perte* prolongée de la *connaissance*, maladie qui s'est compliquée de *cécité* et de *surdité* passagères (1) et a laissé de nombreuses traces : adhérence de la dure-mère au crâne, de la dure-mère à la pie-mère, de celle-ci à la substance grise, etc. ; — *c*) l'*hydrocéphalie* symptomatique de *méningo-encéphalite*, caractérisée, entre autres, par une distension considérable des ventricules latéraux, un aplatissement d'un certain nombre de circonvolutions, un amincissement de l'espace interpédonculaire et un aplatissement des tubercules mamillaires.

(1) Notons que la cécité et la surdité ont disparu complètement au bout de cinq mois, ce que nous avons consigné dans un certain nombre de cas précédemment publiés.

III. La *méningite* et l'*hydrocéphalie* ont eu pour conséquence l'*idiotie méningitique* : retard de la marche, de la parole, de la propreté, cognements de tête (krouomanie), elastomanie, gloutonnerie, excitation, coprolalie, etc.

IV. La *fièvre typhoïde* s'est compliquée de *quatre perforations* et d'une *péritonite* avec *collection purulente* occupant la fosse iliaque droite. Le malade est mort dans le *coma* avec un *abaissement* notable de la *température*. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le personnel des hôpitaux en Allemagne.

Dans son volume sur l'*Assistance publique à l'étranger* (1), M. Albert Montheuil nous donne des renseignements très intéressants sur le personnel hospitalier en Allemagne.

Au sujet du personnel médical, M. A. Montheuil fait un parallèle entre les médecins d'hôpitaux français dotés d'une indemnité insignifiante et les médecins des hôpitaux allemands qui reçoivent un traitement suffisant et peuvent ainsi se donner entièrement à leur service hospitalier. Tandis qu'à Paris le médecin des hôpitaux touche 1.800 francs d'indemnité annuelle, le médecin chargé d'un service hospitalier dans une ville de troisième ordre comme Elberfeld, par exemple, a 6.000 marks de traitement, soit 6.660 francs de notre monnaie. Dans les grandes villes comme Hambourg, le médecin directeur de l'hôpital touche 11.000 marks, le chirurgien en chef 12.000 marks, les médecins ordinaires 6.000. Notons qu'il ne leur est pas interdit de faire de la clientèle, mais l'Administration hospitalière a ainsi le droit d'exiger que le service de ses malades ne soit jamais sacrifié par le médecin à sa clientèle privée.

Le personnel secondaire des hôpitaux allemands est le plus souvent formé d'infirmières laïques, qui, dans beaucoup d'hôpitaux font un stage durant lequel elles paient pension. Les médecins de l'hôpital sont chargés de les instruire. Logées, couchées, blanchies et habillées, elles reçoivent, en outre, des appointements variant de 300 à 800 marks. Une organisation intéressante est celle des sœurs laïques attachées à certains hôpitaux (Elberfeld, Erfurth, Magdebourg, Sudenburg, Stettin, Zeitz). Ce sont de jeunes femmes de bonne éducation, distinguées et souvent fort instruites qui sont dressées par la Société évangélique des diaconesses à remplir le rôle de bonnes infirmières. Elles sont admises de 20 à 35 ans, reçoivent dans les hôpitaux une solide éducation professionnelle et générale qui comprend la théorie et la pratique des soins à donner aux malades, y compris les accouchées, l'hygiène, le droit civil, la psychologie, la pédagogie, le chant, etc. Elles savent ordinairement parler deux langues. Ces sœurs laïques bien qu'élevées par une Société religieuse ne sont tenus à aucun vœu, ne sont pas obligées même de suivre les exercices religieux; tout ce qu'on exige d'elles, c'est l'accomplissement fidèle de

(1) Alb. Montheuil.— *L'Assistance publique à l'étranger* (Libr. de la *Revue municipale*, Paris, 1899).

leurs devoirs hospitaliers et une moralité irréprochable. Elles sont libres de quitter le service quand elles le désirent en prévenant l'administration quinze jours à l'avance. Leur stage dure un an et, à la fin de l'année, elles reçoivent un diplôme, si elles passent avec succès un examen sérieux.

Dans les villes d'Allemagne, la profession d'infirmière jouit d'une réelle considération et beaucoup de jeunes filles, de jeunes femmes ou de veuves des plus distinguées, se trouvant dans la nécessité de gagner leur vie, se dirigent dans cette voie. Les malades n'y perdent rien, on peut en être convaincu.

M. Alb. Montheuil qui avec la plus grande impartialité a étudié la situation du personnel hospitalier en Allemagne, rapporte l'opinion du Pr Pagenstecher, de l'hôpital d'Elberfeld, sur la question de la laïcisation. Notons, fait remarquer M. A. Montheuil, que ce médecin distingué est loin de professer en politique des idées fort avancées.

« Il ne peut y avoir, disait le Pr Pagenstecher, pour un médecin un instant d'hésitation. Les religieuses catholiques veulent dominer partout. Avec elles, l'ère des difficultés, des conflits, n'est jamais close. Elles se laissent entraîner par leur prosélytisme jusqu'à compromettre la tranquillité des malades. Certaines religieuses protestantes n'ont d'ailleurs rien à leur envier à ce sujet. Il y en a, par exemple, à Elberfed, à l'hôpital Bethesda, qui sont fanatiques...

« Les sœurs laïques, tout aussi dévouées que les religieuses, leur sont de beaucoup supérieures comme éducation, instruction générale et instruction professionnelle. Elles ne sortent pas de leur rôle d'infirmières. Le médecin les a dans la main. Avec elles, nous sommes les maîtres dans nos services hospitaliers. Elles sont pour nous des aides précieuses. »

Et comme M. A. Montheuil lui faisait remarquer que les laïques coûtaient plus cher que les religieuses : « Je ne dis pas non, répondit le Dr Pagenstecher, mais il faut payer et récompenser ceux qui vous servent bien. »

Cette dernière phrase est à méditer, c'est en payant et récompensant le personnel comme il le mérite, qu'on parviendra, en France, à ne plus avoir rien à envier à l'Allemagne au point de vue hospitalier. J. Noir.

Les médecins conseillers généraux.

La plupart des conseils généraux renferment un ou plusieurs médecins. Nous avons essayé naguère, mais en vain, d'en avoir la liste, la promesse qui nous avait été faite à cet égard n'ayant pas été tenue. Nos confrères ont souvent un rôle important dans les questions d'assistance et d'hygiène, quelquefois même au point de vue de la politique générale. C'est ainsi que la *Petit Gironde* du 22 août nous apprend qu'au cours de la séance du 21 août du Conseil général de la Charente-Inférieure, le Dr Schmoutz a déposé les deux vœux suivants, de défense républicaine :

« Considérant que la République est assaillie plus violemment que jamais par le parti clérical aidé de toutes les réactions;

« Considérant que les congrégations scandaleusement riches qui procurent leurs moyens d'action et de propagande ont été l'objet de décrets d'expulsion en mars 1880;

« Considérant que les décrets n'ont été jamais rapportés, et que si les congrégations sont rentrées en France, ce n'est que par tolérance et inexcusable faiblesse de nos gouvernements;

« Pour ces motifs, le conseiller général soussigné prie ses honorables collègues de vouloir émettre le vœu que le décret de mars 1880, portant dissolution et expulsion des ordres de jésuites et autres congrégations non autorisées, soit appliqué immédiatement et dans toute sa rigueur. »

Le préfet a fait des réserves au sujet de ce vœu ayant un caractère politique.

« Le Dr Schmoutz émet également le vœu que tous les candidats à des fonctions publiques passent trois ans dans des écoles du gouvernement. »

Il y aurait un réel intérêt au point de vue professionnel à connaître les rapports et les vœux des médecins conseillers généraux en ce qui concerne la profession elle-même, l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite, et, nous le redisons, sur toutes les questions d'assistance et d'hygiène publiques. Nous enregistrerons avec plaisir tous les renseignements que nos lecteurs voudront bien nous envoyer. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

(3e Session tenue a Amsterdam).

L'indication de l'opération césarienne et ses rapports avec la symphyséotomie, la craniectomie et l'accouchement prématuré artificiel.

M. Pinard, rapporteur, cite et discute de nombreuses statistiques sur l'opération césarienne, beaucoup moins dangereuse que jadis avec l'antisepsie et le perfectionnement des sutures, sur la symphyséotomie, opération facile et sans dangers sérieux, sur la craniectomie et l'accouchement prématuré artificiel. Le rapporteur émet ensuite les conclusions suivantes :

Dans la thérapeutique des viciations pelviennes doivent disparaître : 1° l'accouchement prématuré artificiel; 2° toute opération (forceps, version, etc.) impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin siégeant soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation, soit au détroit inférieur; 3° l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Pendant le travail de l'accouchement deux dangers doivent être évités : 1° la longueur du travail; 2° l'infection.

L'obstétrique opératoire doit comprendre dans les rétrécissements du bassin : 1° l'agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie); 2° l'opération césarienne conservatrice ou suivie de l'hystérectomie partielle ou totale; 3° l'embryotomie sur l'enfant mort.

Traitement chirurgical des fibromes.

M. Doyen, rapporteur, conclut dans son rapport que l'on doit intervenir chirurgicalement quand les fibromes, par leur volume et les compressions qu'ils exercent, déterminent des accidents graves. La phlébite, l'albuminurie, la transformation du fibrome en tumeur maligne, l'occlusion intestinale ne sauraient être considérés comme des contre-indications, mais sont, au contraire, autant de raisons qui poussent à intervenir rapidement. L'opération consiste presque toujours en l'hystérectomie qui se fera par voie vaginale quand l'utérus mobile peut être abaissé et attiré au dehors, et quand ce genre d'opération est facilité par la dilatation qui résulte de grossesses multiples. L'intervention de choix est néanmoins l'hystérectomie par voie abdominale.

La myectomie et l'hystérectomie vaginale doivent être pratiquées par l'hémisection antérieure simple de l'utérus. Les grosses tumeurs interstitielles sont évidées et extirpées par la méthode de morcellement. L'ablation des gros fibromes pédiculés par la laparotomie est indiquée selon les cas et la myomectomie abdominale est rarement suffisante.

Pour les fibromes interstitiels multiples et volumineux l'hystérectomie abdominale totale par décortication sous-péritonéale du segment inférieur de l'utérus, avec fermeture du péritoine pelvien est l'opération qui s'impose le plus souvent.

M. Schauta, second rapporteur de la même question, est d'avis de n'opérer que lorsque les accidents dus aux tumeurs fibreuses ne peuvent être arrêtés par un autre traitement. Il donne la préférence à la voie vaginale, quand la tumeur ne dépasse pas l'ombilic et peut être refoulée dans le petit bassin. L'hystérectomie abdominale totale doit s'appliquer aux grandes tumeurs peu mobiles et à celles qui sont intraligamentaires. Il faut renoncer à l'amputation supra-vaginale, au curettage à la castrationn ovarienne dans le traitement des myomes. Les ligatures au cours des opérations doivent être préférées aux pinces à demeure, le drainage de la plaie supra-vaginale doit être soigneux. Il ne se prononce pas sur la question de l'ablation des ovaires au cours de l'hystérectomie. N.

L'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles.

M. J.-L. Faure (de Paris). — Le traitement des suppurations annexielles par l'hystérectomie abdominale totale gagne tous les jours du terrain. Il est certain que la voie abdominale permet de faire des opérations beaucoup plus complètes et beaucoup plus sûres que la voie vaginale. Par cette dernière on laisse souvent les annexes malades, alors que la voie abdominale permet de nettoyer complètement et parfaitement le petit bassin le plus encombré de poches suppurées.

D'autre part, dans les cas graves, lorsqu'on se trouve en présence de suppurations aiguës et récentes, l'hystérectomie vaginale permet d'obtenir des guérisons presque miraculeuses, alors qu'une intervention abdominale serait presque certainement suivie de mort.

J'ai donc actuellement une tendance très nette à employer l'hystérectomie abdominale dans les cas de lésions bilatérales chroniques, en dehors de poussées aiguës, et lorsque en un mot, les annexes ne semblent pas être le siège de lésions d'une virulence excessive.

Dans les lésions aiguës qui paraissent commander une intervention immédiate, lorsqu'on a des raisons de croire à la gravité possible d'une inoculation péritonéale, c'est à l'hystérectomie vaginale que je donne la préférence.

Au point de vue technique, j'ai toujours employé le procédé que j'ai décrit, et qui consiste, après avoir sectionné l'utérus sur la ligne médiane du fond sur le col, et pénétré ainsi facilement et sûrement dans le vagin, à enlever séparément après section de l'insertion vaginale du col, chaque moitié utérine, avec les annexes qui lui sont fixées. L'extirpation de la moitié utérine et des annexes correspondantes se fait ainsi de chaque côté, de bas en haut, et les annexes peuvent être décollées par dessous, ce qui, au point de vue des facilités opératoires, a une très grande importance.

Dans les cas faciles, lorsque les annexes sont peu adhérentes, ce procédé est extrêmement simple. Mais dans ces conditions, tous les procédés sont faciles. C'est dans les cas très compliqués que sa supériorité est incontestable, et j'estime qu'il permet alors d'enlever des masses annexielles à peu près inopérables par les autres procédés.

J'ai opéré jusqu'ici quatorze malades, dont cinq au moins présentaient des lésions extrêmement compliquées. Une de ces dernières a succombé, toutes les autres ont guéri dans les meilleures conditions.

L'Hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus.

M. J.-L. Faure (de Paris). — Il est certain que la chirurgie du cancer de l'utérus est peu encourageante. Je crois cependant qu'avec l'hystérectomie abdominale totale, nous avons des chances un peu plus grandes, encore que bien précaires, d'obtenir des résultats meilleurs que par l'hystérectomie vaginale.

Il est en effet de toute évidence qu'elle permet des opérations plus larges, et qu'on peut, par l'abdomen, enlever facilement des portions de vagin envahies et des ganglions dégénérés.

Je pense que les petits cancers limités au col utérin et qu'on surprend à leur début, peuvent être opérés cependant par la voie vaginale, qui, tout en ayant quelques chances de réussite définitive, est évidemment moins grave que la voie abdominale.

Pour les cancers du corps de l'utérus, je crois que le procédé le meilleur est le procédé de Kelly. Il faut absolument les enlever sans ouvrir l'utérus.

Pour les cancers du col, j'emploie la section médiane de l'utérus, procédé que je considère comme supérieur aux autres. Le reproche qu'on lui fait de sectionner et de morceler le néoplasme, n'a qu'une importance secondaire, puisque fatalement, dans toute extirpation, le col se déchire et se morcelle, quel que soit le procédé employé. Il a, en revanche, l'avantage de conduire sûrement dans le vagin, sans recherches prolongées et de mettre plus parfaitement à l'abri d'une blessure des uretères. On sait, en effet, où les trouver, puisqu'on les aborde ainsi toujours de dedans en dehors.

Je crois que cette opération donnerait des résultats meilleurs si on pratiquait au préalable la ligature des hypogastriques, qui a d'ailleurs été faite dans ces conditions, non pour économiser du sang, ce qui a bien son importance, mais pour n'être pas gêné par l'hémorragie et pour disséquer plus facilement la région malade. Je crois également qu'il y aurait avantage à faire, non pas une ligature définitive de ces vaisseaux, mais une ligature temporaire, comme je l'ai proposé ailleurs. La dissection finie, on rétablit le cours du sang, ce qui permet une réparation plus rapide des tissus.

J'ai fait 5 hystérectomies abdominales pour cancer de l'utérus. Je ne compte pas deux malades chez lesquelles le cancer était accompagné d'un volumineux fibrome. Sur ces cinq malades, j'ai eu deux morts ; la première, opérée le 5 août 1896, est une des premières faites en France, la seconde avait le petit bassin entier tapissé par le néoplasme et l'opération est restée inachevée.

Sur les trois malades guéries, une, qui était âgée de 32 ans, a récidivé ; une autre, opérée depuis 4 mois pour un cancer inopérable par la voie vaginale, n'a pas trace de récidive. La dernière, opérée depuis onze mois, est en parfait état de santé. Ce résultat est d'autant plus remarquable que chez cette malade, dont le cancer était avancé, j'ai dû réséquer le vagin, disséquer les deux uretères sur une hauteur de 10 centimètres, mettre à nu les vaisseaux hypogastriques des deux côtés, et enlever des ganglions pelviens.

C'est là un résultat très beau et il est certain qu'une hystérectomie vaginale eût été incapable de le donner.

Hystérectomie abdominale par incision médiane de l'utérus dans les cas de cancer inopérable par le vagin.

M. Bilhaut (de Paris). — Dans les observations que je viens de rapporter, j'ai été frappé de la facilité et de la rapidité avec lesquelles on arrive à enlever l'utérus et les annexes, en ayant recours à la section médiane.

Aucune hémorragie ne se produit au cours de l'intervention. Grâce à l'écrasement des ligaments larges, on peut poser une ligature, qui donne toute sûreté au point de vue de l'hémostase définitive.

Dans les cas que je viens de signaler, aucune opération autre que l'hystérectomie n'était réellement utile. Or, je suis maintenant convaincu que l'hystérectomie abdominale, pratiquée par section médiane, comme je viens de l'indiquer, est une opération réellement bonne. A en juger par la facilité avec laquelle les malades ont supporté le choc opératoire, je suis actuellement porté à croire que cette opération est bénigne, quand elle n'est pas accompagnée de dégénérescence ou de suppuration des annexes.

Au point de vue des résultats, elle m'a donné plus de satisfaction que l'hystérectomie vaginale ; je la juge plus facile à réaliser que cette dernière opération, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'un col friable, et, partant, d'un utérus qu'on ne peut aisément saisir.

Grâce à ce procédé opératoire, on peut non seulement prolonger l'existence des malades frappées de cancer utérin, mais encore améliorer d'une manière inespérée celles qu'il y a

quelques mois, j'eusse considérées comme inopérables. En effet, après l'intervention, je vois les forces se relever, la fétidité disparaître, et les malades reprendre assez d'énergie vitale pour croire elles-mêmes à une guérison durable.

C'est là un côté psychique dont le chirurgien ne doit jamais se désintéresser. (A. P. S.)

BIBLIOGRAPHIE

Etude de la toxicité de quelques humeurs de l'organisme; par E. Lesné (Th. Doctorat, Paris, 1899).

La méthode des injections intraveineuses, préconisée par Bouchard, offre beaucoup d'inconvénients; ces injections, en effet, sont suivies de coagulations cardiaques, d'altérations globulaires, d'infarctus pulmonaires, tous phénomènes qui s'ajoutent aux effets nocifs de l'humeur examinée, et qui varient d'une expérience à une autre.

C'est pourquoi l'auteur, se basant également sur ce que les humeurs agissent sur le système nerveux, emploie la méthode que Roux et Borrel appliquèrent à l'étude des toxines et des alcaloïdes. On sait que cette méthode consiste à injecter dans l'épaisseur du tissu cérébral le liquide dont on cherche le pouvoir toxique.

Cette méthode, appliquée à la recherche de la toxicité du sang et des urines, donne les résultats suivants: le sérum humain normal renferme un poison convulsivant pour le cobaye et non pour le lapin; en revanche, l'urine normale est également convulsivante pour les deux espèces d'animaux.

De même les composants de l'urine agissent à dose beaucoup plus faible en inoculation intracérébrale qu'en injection intra-veineuse. Les trois éléments les plus toxiques sont le sulfate de potasse, puis le carbonate d'ammoniaque et le chlorure de potassium.

Tels sont les résultats de l'expérimentation pour les humeurs d'individus normaux. Le sérum d'éclamptiques, d'urémiques ne semble pas plus toxique que le sérum normal, du moins pour le lapin; ces résultats ne sont cependant pas constants. Mais ils montrent que la pathogénie de l'éclampsie et de l'urémie est beaucoup plus complexe qu'on ne le croit; car ils semblent prouver que le sérum sanguin ne sert pas de véhicule aux poisons de l'urémie. Ces poisons sont-ils retenus par les éléments figurés du sang, les leucocytes en particulier? Subissent-ils dans l'organisme certaines modifications? Ce sont là autant de points qu'ils est difficile d'élucider pour le moment.

F. Ramond.

Le Centenaire de la vaccination; par W. Scott Tebb. (1 vol. in-4, 450 pages, Londres, 1889.)

L'Angleterre est la patrie de Jenner; c'est en Angleterre aussi que les premières vaccinations furent pratiquées. Tout récemment nos voisins fêtaient, par des cérémonies grandioses, l'anniversaire de la grande découverte de leur compatriote; et par la même occasion, le Parlement essayait, inutilement d'ailleurs, de rendre obligatoire la vaccination. C'est que précisément l'Angleterre est peut-être le pays où la pratique jennérienne a le plus de détracteurs; les anti-vaccinateurs ont voulu, eux aussi, fêter le centenaire à leur façon, et W.-Scott Tebb a été leur porte-parole. Le livre est très documenté, les méfaits de la vaccine, depuis le simple érythème jusqu'à la syphilisation, sont relevés avec un soin minutieux, et pour achever de convaincre le lecteur, W. Scott Tebb fait appel à la statistique, cette bonne fille, dont on fait ce qu'on veut, au dire de Guizot. Quoi qu'il en soit, chiffres en main, l'auteur prouve que l'époque où il y a eu le plus de vaccinations coïncide avec une recrudescence de variole; par exemple de 1860 à 1871, veille de l'épouvantable épidémie, qui ravagea toute l'Europe, le nombre de vaccinés fut de 1.050 à 1.100 sur 2.000; le nombre de variolisés passa de 150 à 1.000 pour un million d'individus. Depuis 1871, le nombre de vaccinés diminue, et tombe à 700 pour 1.000.000 d'habitants; le nombre de varioles diminue aussi et tombe à 25 pour 2.000. Hâtons-nous de dire que cette même statistique, entre les mains de vaccinateurs convaincus, donnerait des résultats tout autres. Et malgré tous les arguments de W.-S. Tebb, la prudence ou le bon sens, si l'on veut, nous conseille de tenir un pari analogue à celui de Pascal, et de nous faire vacciner au risque de nous syphiliser par le sérum d'une génisse! F. Ramond.

Traité de chirurgie classique et opérations; par Le Dentu et Delbet. (J-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.)

La librairie Baillière et fils vient de faire paraître le huitième volume du nouveau Traité de Chirurgie publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet. Ce tome traite des maladies du mésentère, du pancréas, de la rate, du foie et des voies biliaires, de l'anus et du rectum et du rein. Nous ne répéterons pas à nos lecteurs combien cet ouvrage a de valeur scientifique; comme tous les tomes qui le précèdent, il est composé par nos maîtres les plus compétents et surtout les plus ardents à se mettre au courant des progrès de la chirurgie. A la lecture de ce volume, nous sommes particulièrement frappés de ce fait, que chaque organe y est traité par celui qui n'a cessé de s'occuper de la question. Si l'on veut lire, en effet, les affections chirurgicales du foie, à qui peut-on s'adresser, si ce n'est à M. J.-Louis Faure? Quel autre chirurgien nous fera une étude plus complète et plus savante sur le rectum que M. Delbet dont tout le monde connaît et apprécie en la matière la haute compétence? Enfin, la chirurgie du rein ne devait et ne pouvait échoir qu'au savant élève du Pr Guyon, à M. Albarran.

Schwartz.

Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankeit. (*Contribution au diagnostic de certaines formes de lithiase biliaire*), par le Pr Kehz. (Berlin, 1899, Kornfeld, libraire.)

Il s'agit d'un volume de 272 pages, très simplement divisé en deux parties, dont la dernière est l'exposé de 433 laparotomies faites par l'auteur, dans des cas de lithiase biliaire. La lecture en est un peu aride, et susceptible d'intéresser plutôt les chirurgiens ou médecins qui s'occupent tout spécialement des voies biliaires; encore l'auteur exprime-t-il certaines vérités, connues depuis longtemps du clinicien tant soit peu observateur ou expérimenté.

La première partie de l'ouvrage, seule à retenir pour l'analyse, commence par la pathologie et l'anatomie pathologique de la cholélithiase, le diagnostic général et spécial, l'état latent, la cholécystite et ses différentes formes, l'hydropisie de la vésicule biliaire, la péricholécystite, la péripylorite, les fistules entre la vésicule et les viscères abdominaux, l'ictère et ses différentes formes, obstruction du cholédoque, la sepsie, la pyhémie et le carcinome dans la lithiase, etc.

Un deuxième paragraphe rappelle l'importance d'un interrogatoire précis, en raison des variantes suivant l'âge et le sexe, l'état héréditaire, la nature de la douleur, l'absence ou la présence de l'ictère et de la fièvre, l'état de la digestion et du système nerveux. Viennent ensuite les moyens d'investigation généraux et locaux: inspection, palpation, percussion, auscultation, ponction exploratrice, narcose, rayons Rœntgen, analyse du sang.

Le diagnostic différentiel est à faire avec les crampes d'estomac, l'ulcus, les coliques de plomb, l'appendicite, les coliques intestinales, les coliques hépatiques d'origine nerveuse, la péritonite, les coliques néphrétiques et pancréatiques, la pancréatite, etc. L'auteur traite en outre des caractères des tumeurs de la vésicule, des cas types de cholécystite, lesquels sont groupés en un tableau synoptique. Quant au traitement, le Dr Hans Kehr, après appréciation sur la cure de Carlsbad et les cholagogues, établit les indications du traitement médical et opératoire. D'après lui, l'opération, dans l'obstruction aiguë du cholédoque, est inutile; mais elle est toujours nécessaire dans la cholécystite aiguë séro-purulente.

Somme toute, travail intéressant et à consulter dans les cas où l'on a quelque hésitation. Paul Cornet.

La vaccination obligatoire au Japon. — *Nature* annonce que le gouvernement japonais vient de rendre obligatoire la vaccination. Tous les enfants devront être vaccinés avant l'age de dix mois, la première revaccination aura lieu à six ans et une seconde à douze ans. (*Revue scientifique* du 12 août 1899.)

THÉRAPEUTIQUE

Voici une formule très en vogue, à Vienne, contre la chloro-anémie, parce qu'elle ramène promptement l'appétit et les couleurs :

Artémisine	0 gr. 001 milligr.
Quassine cristallisée	0 gr. 001 —
Protoxalate de fer.	0 gr. 10 centigr.

pour une dragée. — Quatre dragées par jour, deux avant chaque repas.

Les couleurs apparaissent invariablement entre le neuvième et le douzième jour.

La réunion de l'artémisine et de la quassine cristallisée réveille puissamment l'action des fibres musculaires du tube digestif, ce qui se traduit par un appétit presque immédiat.

Cette formule vient d'être spécialisée sous le nom de « Dragées de fer Briss ».

VARIA

L'Eau à Paris.

Les bassins filtrants d'Ivry dont on annonçait, il y a quelques jours, la prochaine inauguration, ont leurs trente-deux mille mètres cubes d'eau filtrée, indemne de microbes, pure d'azote et de calcaire. Cette réserve porte dès aujourd'hui à deux cent soixante-quatorze mille mètres cubes la quantité d'eaux de source ou d'eaux filtrées que la ville de Paris peut désormais fournir à la consommation, deux cent vingt mille mètres cubes étant amenés par les canalisations de l'Avre, de la Dhuys, de la Vanne, etc., et vingt-deux mille étant produits par les bassins filtrants de Saint-Maur. Or, les plus fortes consommations connues ont été de deux cent quatre-vingt-dix mille mètres cubes. Le déficit de seize mille mètres cubes, provenant de la différence entre le maximum de consommation et le maximum d'alimentation, n'est d'ailleurs qu'apparent, car la consommation normale étant de beaucoup inférieure à ce maximum d'alimentation de deux cent soixante-quatorze mille mètres cubes fournis quotidiennement on a des réserves, des réserves telles que certains jours ont est obligé, pour dégorger les réservoirs, de les utiliser en partie pour l'arrosage.

Désormais, disait un ingénieur des eaux, il faudrait vingt jours consécutifs de chaleur torride, hypothèse qui ne s'est jamais réalisée depuis le commencement du siècle pour que, nous trouvant à court, nous soyons obligés de recourir à l'eau de Seine. On peut dire que Paris, sauf rupture de siphons, n'en boira plus jamais, même au moment de l'affluence de 1900, car nous aurons alors cinquante mille mètres cubes de plus par les eaux du Loing et du Lunain. (*Le Temps.*)

Enseignements à tirer de la guerre hispano-américaine au sujet du service de santé militaire.

Nous lisons à ce sujet dans le *Progrès militaire* du 16 août 1899 :

« Le *New York Medical Journal* (juin 1889) publie un travail du Dr G. Sternberg, surgeon général, sur les enseignements sanitaires de la guerre hispano-américaine et, faisant remarquer que la récente guerre de Cuba a confirmé cette règle générale que les décès par maladies sont beaucoup plus nombreux que ceux produits par le feu de l'ennemi, il insiste sur la nécessité, pour les armées, de posséder un corps médical militaire solidement constitué. Evidemment, on ne saurait comparer notre corps de santé si parfaitement instruit, discipliné, et faisant partie intégrante et intime de notre organisme militaire, aux médecins de l'armée américaine, mais il convient de ne pas laisser passer sans la mettre en valeur cette assertion du Dr Sternberg que nous empruntons à l'analyse de son travail paru dans le *Bulletin médical* : « Un corps médical militaire doit être proportionné comme nombre aux troupes à soigner. Un effectif suffisant pour le temps de paix ne l'est plus, on le sait, pour le temps de guerre. Or ce n'est pas en bouchant les trous en quelque sorte avec des médecins civils que l'on arrive à d'heureux résultats. La profession de médecin militaire exige beaucoup d'expérience, une grande habitude des exigences spéciales de la profession, la connaissance approfondie de l'hygiène des armées en campagne. Le courage et le patriotisme ne remplacent jamais la science ni l'expérience. L'aphorisme : « Le temps de paix doit être une préparation à la guerre », a reçu une éclatante confirmation dans la campagne à laquelle nous venons d'assister. Cette dernière a démontré, en effet, la nécessité, dans le temps de paix, d'un corps d'officiers de santé entraînés, *plus nombreux que ne l'exigent les conditions du temps de paix* et possédant une instruction toute particulière sur l'hygiène du corps.

« Des médecins de carrière instruits nous en avons; ces médecins ne sont pas suffisamment nombreux pour le service du temps de paix; il nous faut les augmenter. Les médecins de seconde ligne (réserve ou territoriale) que nous appellerons auprès d'eux en temps de guerre ne savent pas assez les choses spéciales à leur futur métier de guerre et il importe de les instruire : telles sont les remarques qui découlent des observations du médecin militaire américain. Nous ne dirons rien aujourd'hui de l'extension *indispensable* des cadres de nos médecins militaires, et de ceux de leurs auxiliaires, les officiers d'administration du service de santé, ni de l'urgence qu'il y a à augmenter, dès le prochain appel du contingent, l'effectif des sections d'infirmiers, nous réservant de revenir sur ces points déjà traités plusieurs fois, mais nous demandons à la 7e Direction d'améliorer sans retard l'instruction des médecins de réserve et de l'armée territoriale.

« Pourquoi (nous avons posé maintes fois déjà cette question) ne pas leur faire jouer un rôle actif dans les manœuvres spéciales du service de santé et au moins les convoquer en grand nombre pour voir ces manœuvres et profiter des enseignements qu'elles comportent? Pourquoi ne pas se décider à ajouter aux examens *administratifs* exigés pour les différents grades, des épreuves ayant trait à l'hygiène militaire qu'ignorent absolument le plus grand nombre des médecins civils? Pourquoi enfin ne pas faire certains avantages aux médecins qui suivraient des cours d'écoles d'instruction réglementairement organisées dans toutes les régions, d'après des plans et des programmes élaborés par les directeurs du service de santé et dirigées par eux?

« Si à ces moyens d'instruction s'ajoutaient, pour les médecins de l'active, les *cours de perfectionnement* qui existent dans la plupart des armées européennes, et qu'il serait si facile de faire aux écoles du Val-de-Grâce et de Lyon et dans quelques autres centres, il semble que nous aurions réalisé chez nous tout ce que le Dr Sternberg souhaite pour son pays. »

Médecine et Religion.

Les dieux s'en vont et les fidèles désertent les temples. Les concerts spirituels, les sermons de moines éloquents, les décors pompeux des processions et des cérémonies liturgiques servent dans le vieux monde de moyens d'attraction aux églises et aux temples. Les Américains sont gens plus pratiques, s'ils sont moins artistes et moins sensibles; leurs pasteurs ont aussi cherché à attirer les trop tièdes fidèles, mais par des plaisirs d'un genre plus en rapport avec leur intellectualité. L'un égaye ses prêches de projections lumineuses, celui-ci annonce des discussions contradictoires sur les sujets politiques qui passionnent à ce moment sa paroisse. Un autre offre le thé, les gâteaux et même une pipe de tabac à ceux qui daignent venir l'entendre, renouvelant l'usage du « café joyeux » que l'Armée du Salut a rendu populaire à Paris. Mais celui qui a su le plus intelligemment user des attractions permises dans une église, c'est un vicaire de South-Mersham. Ce très moderne ecclésiastique a cédé à diverses reprises sa chaire à un médecin, le Dr Usher, pour traiter de délicats sujets tels que : De la chasteté, ou pour tonner contre l'alcoolisme. On dit que le Dr Usher a très habilement rempli sa mission et que les fidèles de South-Mersham sont reconnaissants à leur vicaire d'avoir ainsi modernisé ses prêches.

C'est égal, il est curieux de voir la science appelée à prêter à la religion en banqueroute. J. N

Les remèdes bizarres.

Les remèdes bizarres sont de tous les temps : nous voyons encore appliquer les cataplasmes de bouse de vache et les pigeons éventrés vivants sur la tête des enfants atteints de méningite, laver les yeux avec de l'urine dans l'ophtalmie, etc. Néanmoins autrefois les médecins partageaient les préjugés populaires et donnaient plus d'autorité l'emploi de ces surprenantes panacées.

L'*Echo du Public* du 17 juin donne à ce sujet les intéressants détails suivants :

« Charles Etienne et Jean Liébaut, docteurs-médecins du XVI[e] siècle, mentionnent dans leur maison rustique, un grand nombre de remèdes composés de ce que l'on trouve sous la main à la campagne, en voici quelques-uns :

« L'*apoplexie* (pour prévenir), boire tous les jours une cuillerée d'eau-de-vie sucrée et manger immédiatement après un morceau de pain blanc. — *Clou* (pour faire suppurer un), appliquer sur le clou de la fiente de brebis détrempée avec le vinaigre. — *Epileptiques* (pour faire revenir les) : 1° passer au doigt du malade une bague dans laquelle on aurait enchâssé un morceau de corne de pied d'élan; 2° pincer le gros doigt du pied du malade ou lui frotter les lèvres avec du sang humain. — *Dissenterie*, prendre du sang de lièvre desséché ou de la poudre d'os humain. — *Fièvre continue*, mettre sur le cœur ou sur l'épine du dos, le cœur d'une grenouille. — *Fièvre tierce*, boire tous les jours une infusion d'eau de carotte. — *Frénésie*, mettre sur la tête de la fressure et le poumon d'un mouton fraîchement tué ou un pigeon ouvert. — *Fausses-couches* (pour prévenir les), faire prendre une poudre composée de graines de kermès et d'encens mêlé dans un jaune d'œuf frais, avoir toujours au doigt une bague de diamant. — *Jaunisse*, prendre de la poudre de vers de terre dans du vin blanc ou boire de sa propre urine. — *Mal de dents*, piler une gousse d'ail cuite sous la cendre, et l'appliquer sur la dent, le plus chaud possible. — *Mal de tête par ivresse*, manger des amandes amères. — *Peste* : 1° faire une décoction d'angélique, y mêler dix feuilles de rue, un grain de sel, de vieilles noix et une figue; 2° appliquer sur le bubon de la peste un petit pain tout chaud ouvert. — *Pierre*, l'eau d'une plante appelée crespinette qui croît aux environs de Villeneuve-la-Guyard, à quelques lieues de Sens. — *Surdité*, faire distiller dans les oreilles du jus d'oignons avec du miel. — *Stérilité*, prendre du jus de sauge avec un peu de sel. — *Vents* (enflure par), appliquer sur la partie malade du sel grillé mis entre deux linges. — *Vers des enfants*, sirop de fleurs de pêcher avec la poudre de chardon *béni*. »

Les préjugés sont si puissants que même à notre époque nous voyons le public ne pas hésiter à employer, dans l'espoir de guérir, les substances les plus répugnantes; tout le monde sait le commerce de graisse de cadavre fait naguère par les garçons d'amphithéâtre pour le traitement des vieilles douleurs. Nous lisons à ce propos dans le *Temps* du 31 juillet, le macabre fait divers suivant qui montre jusqu'à quel point peuvent aller la sottise et la superstition :

« On mande de la Roche-sur-Yon à la *Gironde* qu'un nommé Henri Brochard, âgé de cinquante et un ans, cultivateur à Jard, canton de Talmont, marié et père de famille, se rendit lundi à Pouzauges, où, dans la nuit du lendemain à minuit, il s'empara d'une pelle, d'un marteau et d'un ciseau qu'il trouva dans un chantier de maçons et se rendit au cimetière. Là, il creusa une fosse recouverte depuis huit jours, découvrit un cercueil, l'enfonça à coups de morteau et se trouva en présence d'un corps de femme. S'armant d'un couteau de charcutier, mesurant 40 centimètres de longueur, il trancha une partie du sein gauche du cadavre qu'il renferma dans une boîte à conserves et plaça sous sa chemise. Après quoi il recouvrit soigneusement le cadavre et combla la fosse. Les coups frappés sur la bière avaient épouvanté les voisins du cimetière qui avertirent le fossoyeur. Celui-ci alla prévenir aussitôt la gendarmerie qui se rendit au cimetière où une chasse à l'homme eut lieu. Brochard, se voyant pris, leva vers les gendarmes un énorme bâton qu'il portait, mais, saisi bientôt, il ne fit aucune résistance. Il déclara que depuis quelque temps il souffrait d'un abcès dans la tête, et qu'il avait consulté bien des docteurs sans obtenir de soulagement. C'est alors qu'il s'était adressé à des sorciers, qui lui avaient conseillé de la « quinine de mort », et dit que pour s'en procurer il lui fallait de la chair humaine; c'est pourquoi il était venu dans le but de prendre la tête, le cœur et un doigt d'un homme mort, mais qu'ayant trouvé une femme il s'était contenté de prendre un sein. S'il était venu à Pouzauges plutôt qu'ailleurs, c'est qu'il savait que son ancien maître habitant Pouzauges était mort et que c'était une partie de son cadavre qu'il voulait se procurer. Brochard a été mis à la disposition du procureur de la République de Fontenay-le-Comte. » J. N.

FORMULES

XVII. — Traitement de la scarlatine.

Alterner toutes les heures les deux potions :

Vin de Banyuls	100	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges	45	—
Teinture de cannelle	5	—
Extrait de quinquina	5	—

F. S. A.

Liqueur d'Hoffmann	4	grammes.
Acétate d'ammoniaque	4	—
Eau de fleur d'oranger	15	—
Sirop simple	40	—
Infusion de tilleul	100	—

F. S. A.

Donner comme boisson la limonade suivante :

Eau bouillie filtrée	850	grammes.
Sirop simple	150	—
Acide lactique	5	—

(*Belgique médicale.*)

XVIII. — Contre la gale.

Lotion de Tleminks.

Chaux vive	500	grammes.
Fleur de soufre	250	—
Eau	2.500	—

Pommade de Wilkinson.

Soufre / Huile de cade	ãã 180	grammes.
Savon noir / Axonge	ãã 500	—
Craie	120	—

Pommade d'Elmerich.

Soufre	20	grammes.
Carbonate de potasse	10	—
Axonge	80	—

Modification de Hardy.

Soufre	20	grammes.
Carbonate de potasse	10	—
Vaseline	120	—

Pommade de Bouguignon.

Essence de lavande / — de cannelle / — de girofle / — de menthe	ãã 2	grammes.
Gomme adragante	4	—
Carbonate de potasse	30	—
Fleur de soufre	90	—
Glycérine	180	—

Pommade de Fournier.

Glycérine	200	grammes.
Gomme adragante	1	—
Soufre	100	—
Carbonate de soude	50	—

Pommade de Kaposi.

Naphtol	5 ou 10	grammes.
Alcool	Q. S.	
Vaseline	100	grammes.

Onction pour les femmes grosses et les enfants.

Huile d'olive / Onguent Styrax	ãã parties égales.

(D'après le *Bull. gén. de Thér.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 6 août au samedi 12 août 1899, les naissances ont été au nombre de 1060, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 408, illégitimes, 142. Total, 550. — *Sexe féminin* : légitimes, 378, illégitimes, 132. Total, 510.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 6 août au samedi 13 août 1899, les décès ont été au nombre de 926, savoir : 506 hommes et 420 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 22, F. 10, T. 32. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 13, F. 9, T. 22. — Scarlatine : M. 2, F. à, T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie. Croup : M. 1. F. 3, T. 4. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 66, F. 58, T. 124. — Méningite tuberculeuse : M. 4, F. 5, T. 9. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 4, T. 13. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 27, T. 47. — Méningite simple : M. 10, F. 5, T. 15. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 14, F. 17, T. 31. — Paralysie, M. 5, F. 7, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 24, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 1, T. 4. — Bronchite chronique : M. 8, F. 5, T. 13. — Broncho-pneumonie : M. 9, F. 9, T. 18. — Pneumonie : M. 10, F. 7, T. 17. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 18, F. 11, T. 29. — Gastro-entérite, biberon : M. 86, F. 59, T. 145. — Gastro-entérite, sein : M. 14, F. 12, T. 26. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 16, F. 21, T. 37. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 14, F. 10, T. 24. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale, M. 15, F. 2, T. 17. — Sénilité : M. 12, F. 21, T. 33. — Suicides : M. 7, F. 3, T. 10. — Autres morts violentes : M. 15, F. 5, T. 20. — Autres causes de mort : M. 71, F. 65, T. 136. — Causes restées inconnues : M. 10, F. 0, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 62, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 14. Total : 37. — *Sexe féminin* : légitimes, 14, illégitimes, 11. Total : 25.

DÉCRET RÉGLEMENTANT LES ÉTUDES ET LES EXAMENS DU DOCTORAT EN MÉDECINE. — Nous empruntons au *Journal Officiel* le décret suivant qui désormais règle les études et les examens nécessaires à l'obtention du grade de docteur en médecine.

1° Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire pour prendre la première inscription : Soit le diplôme de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Soit, avec dispense du baccalauréat (lettres-philosophie), les quatre certificats d'études supérieures ci-après désignés, délivrés par une Faculté des Sciences : Physique ; Chimie ; Botanique ; Zoologie ou physiologie générale. 2° *Examen*. — Les examens en vue du doctorat en médecine portent sur les matières suivantes : *Premier examen*. Epreuve pratique. Dissection. Epreuve orale : Anatomie, moins l'anatomie topographique. *Deuxième examen*. Epreuve orale : Histologie ; physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique. *Troisième examen*. 1re partie. Epreuve pratique. Médecine opératoire et anatomie topographique. Epreuve orale : Anatomie topographique, pathologie externe ; accouchements. 2e partie. Epreuve pratique : Anatomie pathologique. Epreuve orale. Pathologie générale : parasites animaux, végétaux, microbes ; pathologie interne. *Quatrième examen*. Epreuve orale : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles. *Cinquième examen*. 1re partie : Clinique externe, clinique obstétricale. 2e partie : Clinique interne, thèse sur un sujet au choix du candidat. Les épreuves pratiques sont éliminatoires. En cas d'échec à l'épreuve orale consécutive à l'épreuve pratique, le bénéfice de l'épreuve pratique demeure acquis. A chaque épreuve, la durée du délai d'ajournement est de trois mois au premier échec. A chaque nouvel échec à la même épreuve, cette durée est augmentée de trois mois. Il ne peut être accordé d'abréviation du délai d'ajournement qu'au premier échec à une épreuve. Ces dispositions ne sont pas applicables à l'épreuve pratique de médecine opératoire (1re partie du 3e examen), pour laquelle la durée du délai d'ajournement est fixée à six semaines.

Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes : Boule blanche, *très bien* ; Boule blanche-rouge, *bien* ; Boule rouge, *assez bien* ; Boule rouge-noire, médiocre ; Boule noire, *mal*. Pour les examens à matière unique (1er examen, 2e partie du 3e examen et 5e examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité deux boules noires. Deux rouges-noires équivalent à une boule noire. Pour les examens à matières multiples (2e examen, 1re partie du 3e examen et 5e examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité une boule noire pour une des matières de l'examen. L'ajournement ne porte que sur cette matière, et dans ce cas il est d'une durée de six semaines. Les dispositions du présent décret seront mises à exécution à dater de la session de juillet-août 1900. Sont abrogées les dispositions de l'article 4 du décret du 26 décembre 1875, contraires à celles du présent décret. Sont également abrogés les articles 2 et 4 du décret du 31 juillet 1893.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE : Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale : *Au grade de médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale* : les médecins-majors de 1re classe de l'armée active retraités : MM. Letellier, Petit, Potheau, Sacreste.

Au grade de médecin-major de 2e classe de réserve : M. Lefort, médecin-major de 1re classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale : M. Cuche, médecin-major de 2e classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale : M. Seguin, ex-médecin-major de 2e classe de la marine.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve : Les docteurs en médecine : MM. Thébault, Pinaul, Dousset, Mourié, Robin, Lemercier, Brâmel, Vinot, Carle, Cohendy, Wintrebert, Charpentier, Gallois, Morandeau, Bureau, Larroque, Orjuben, Fabre, Mascarel, Goddard, Escande, Turpault, Roussel, Boignard, Vast, Semen, Cavasse, Rouquette, Mouchet, Lefrançois, Delort. Balland, Gilbert, Fontoynont, Montheil, Cosson, Pelisse, Tulasne, Wagon, Chenouard, Bourgeon, Pouzin, Garail, Simonot, Simon, Pel, Gagnière, Guyotat, Bernoud, Douriez, Mauchamp, Terrien, Fredet, Castellant, Bailhache, Oraison, Hugues, Cavalié, Besson, Abraham, Danès, Ozanne, Harlay, Charpentier, Bloch, Deville, Dusser, Andrieu, Pasteau, Fontaine, Saint-Hilaire, Labbé, Prat-Dumas, Lamoureux, Moret, Poitevin de Pontguyon, Perret, Laclautre, Hoüeix de la Brousse, Belaubre, Jouve, de l'indray, Corniglion, Prévost, Barès, Le Chevallier, May, Rogier, d'Anfreville de Jurquet de la Salle, Gaussel, Gayme, Bachelier, Cosse, Hanotte, Franch, Robert, Bouché, Gonnand, Bouis sou, Faussié, Balencie, Morisseau, Grynfeltt, Follet, Labrit, Pigot, Pelissier, Voisin, Delmas-Marsalet, Mathieu, Lefèvre, Thulliez, Guillois, Jeulain, Boivin, Rellay, Pichard, Cabrol, Voisin, Palle, Flament, Debacq, Gaussorgues, Guillon, Mongeot, Grandin, Rancoule, Cordonnier, Deck, Douvrin, Fonvielle, Logerot, Pidancet, Bouvy, Bougon, Ripault, Druon, Goidin, Frarier, Goizet, Pomerais, Maradeix, Mazoyer, Salles, Lévêque, Bertholet, Lemoyne de Vernin, Joubert, Raine, Rey, Rivalta, Fusier, Thilliez, Couillard-Labonnotte, Pascaud, Gibert, Limouzin-Lamothe, Labiche, Malterre, Lasserre, Vico, Hucé, Martial-Lagrange, Caplet, Wegbécher, Bernay, Chartier, Plaignard, Courvoisier, Naurceils, Parisot, Fournier, Teisseire, Degos, Narbonne, Lebreton, Leduc, Louis. Marchand, Meschinet de Richemont, Brunschwig, Decherf, Butzbach, Giraud, Pauzier, Viaud-Grand-Marais, Markuszewski, Tuefferd, Lafond-Grellety, Pellier, Raffin, Deslandes, Cocurat, Dupuy, Billard, Médard, Bouteillier, Bégué, Meyssan, Ancel, Masson, Patry, Charpentier, Wildenstein, Hyvert. Résibois, Bled, Trotin, Laporte, Réniac, Astruc, Meunier. Sergent, Jalabert Duval, Zuber, Rioufol, Dupuy, Goin. Temin, Roux, Morfaux, Masson, Melcion, Mathieu, Courties, Poumier, Grosmaire, Olive, Gillet, Alric-Bourgès, Dauban, Humbert, Coliez.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale : Les docteurs en médecine : MM. de Crévoisier de Vomécourt, ex-médecin de 2e classe des colonies ; Roulleau, Réjou, Praud.

Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe de réserve : Les pharmaciens de 1re classe : MM. Delaunay, Montellier, Clavelairas, Larrieu-Let, Blanc, Loiseau. Braun, Delaunay, Merveau, Tillier, Berthe, Desfemmes, Gibert. Bolland. Bernard, Messager, Robin, Brousseau.

Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée territoriale : Les pharmaciens de 1re classe : M. Hocbocq, Galinier, Aynard.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Concours pour l'Ecole de médecine de marine*. — MM. Fontan, médecin en chef du port de Toulon ; Verges, médecin principal du port de Brest, sont désignés pour faire partie du jury du concours qui s'ouvrira à Toulon le 21 septembre prochain pour l'emploi de professeur d'anatomie et pour celui de professeur de petite chirurgie et de séméiologie. — MM. Sauvaire, pharmacien principal du port de Toulon ; Rouhaud, pharmacien principal du port de Brest, sont désignés pour faire partie du jury du concours qui s'ouvrira à Toulon le 15 septembre prochain, pour l'emploi de professeur de

physique biologique. — M. l'inspecteur général du service de santé présidera ces jurys.

ECOLE PRINCIPALE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Liste des candidats à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux, admissibles aux épreuves orales à la suite d'examens écrits : Brest. Médecine : MM. Bodiou, Bourrague, Cachin, Coquelin, Deunff, Donval, Duvard, Fistie, Fockenberghe, Garcin, Gaubin. Gloaguen, Guichoux, Hallevoyn, Hermant, Hutin, Jauneau, Koun, Lancelin, Le Bouvier, Legal, Léger, Le Goaou, Leroy, Levier, Loréal, Peyrot, Piste, Sallet, Thèze. — Rochefort. Médecine : MM. Bertrand du Chazaud, Bouchet, Bruhat, Caille, Carayon, Cazamiau, Cazeneuve, Dufougère, Duperron, Durand, Esserteau, Gallier, Guyet, Jarland, Lasserre, Lemaitre, Lescure, Martin, Mercier, Meslin, Mouzels, Ouzilleau, Parrenin, Passa, Penaud, Peyraud, Pezet, Ratelier, Saratilhée, Subra de Salafa, Thélème, Valentino, Vincent. — Pharmacie : MM. Bouyer et Cornaud. — Toulon. Médecine : MM. Arathoon, Arnould, Bernoud, Bonduel, Bouilliez, Bourges, Cavasse, Christofleau, Cristol de Goyon, Duchâteau, Defourt, Dumoulin, Dreville, Eberle, Franceschetti, Froutgous, Genies, Gensollen, Girard. Giraud, Heckenroth, Joseph dit Orme, Le Moignic, Levet, Maratray, Masse, Millous, Pic, Poux, Primilas, Lallement, Rives, Roux, Vielle. — Pharmacie : M. Saint-Sernin.

CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — *Admission au Concours pendant une 8e année des Internes provisoires en exercice faisant leurs études médicales sous l'ancien régime.* — Par un arrêté du 27 juillet dernier pris après avis du Conseil de surveillance et approuvé le 12 août suivant par M. le Préfet de la Seine le Directeur de l'Assistance publique a décidé que le § 2 de l'art. 102 du règlement sur le service de santé qui détermine les conditions d'admission au Concours de l'Internat en Médecine serait complété ainsi qu'il suit : Les externes « ne peuvent toutefois prendre part à ce Concours que pendant les sept années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai. Par exception, ce délai pourra être augmenté d'une année pour les internes provisoires en exercice; mais cette exception ne s'appliquera qu'à ceux de ces internes provisoires qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 juin 1878 ».

CLINIQUE D'OTOLOGIE, LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE. — M. le Dr LADREIT DE LACHARRIÈRE nous prie d'annoncer qu'il réorganise, 23, rue Guénégaud, avec la collaboration de M. le Dr SUAREZ DE MENDOZA, la Clinique Otologique qu'il a créée en 1867, à l'Institution nationale des Sourds-Muets.

AMBULANCE-AUTOMOBILE. — Le *New-York Herald* annonce que la ville de New-York a inauguré l'emploi des automobiles comme voitures d'ambulance. Cette semaine un automobile a transporté à l'hôpital un homme atteint d'hémorragie. Grâce à ce moyen de locomotion rapide, le blessé a pu être sauvé, l'hémorragie ayant été arrêtée assez tôt.

LA PESTE EN EUROPE. — La peste continue à sévir à Oporto. Certains journaux prétendent qu'à Palerme et à Naples plusieurs décès seraient attribuables à ce fléau. — Le décret suivant autorise la préparation, la vente et la distribution par l'Institut Pasteur de Paris du sérum antipesteux : « Article premier. La préparation du sérum antipesteux est autorisée à l'Institut Pasteur de Paris. — Art. 2. Ce produit pourra être débité à titre gratuit ou onéreux. L'autorisation dont il est l'objet est temporaire et révocable; il est soumis à l'inspection prescrite par la loi. »

COURS D'ACCOUCHEMENT. — Un second cours d'accouchement complet en un mois, suivi de manœuvres obstétricales, commencera le 1er septembre sous la direction des Drs Chéron et Thoyer-Rozat à la Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. S'inscrire à la Clinique Tarnier, tous les jours de heures à midi. Le prix du cours est de 50 francs.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés : *Officier de l'Instruction publique* : M. Géraud, médecin de 1re classe à Tunis. — *Officiers d'Académie* : MM. Daraignez, médecin-adjoint au lycée de Mont-de-Marsan; Desesquelles, docteur en médecine, à Paris; Fleuriot, docteur en médecine à Precy-sur-Thil (Côte-d'Or); Huber. docteur en médecine à Amiens; Ollivier, docteur en médecine à Paris; Plantier, docteur en médecine à Moreuil (Somme); Pouget, docteur en médecine à Paris; Faudon, pharmacien à Paris; Toulouse, chirurgien-dentiste à Paris.

UNE PRINCESSE ROYALE « SECOURISTE ». — La princesse de Battenberg, la fille préférée de la reine Victoria, vient de passer brillamment son dernier examen devant le jury de la « Saint-John ambulance Association », et s'est vu décerner, à cette occasion, la médaille d'or de la dite Société. Depuis longtemps, du reste, la princesse Béatrice s'intéresse à cette si humanitaire question des premiers soins à donner aux malades et aux blessés. (*Evènement.*)

L'ESPRIT DES AUTRES. — *Définition du Progrès.* — « La loi du *progrès* n'est autre chose que l'augmentation de vie : de vie intellectuelle par plus de science, de vie morale par plus de sympathies, de vie matérielle par plus de bien-être. » (E. Pelletan. *La naissance d'une ville*, 1897, p. 188.)

Baisers. — « Voici encore un gros rocher isolé, sentinelle avancée, géant de cent pieds de haut que la mer entoure de flocons d'écume. *On dirait la bave de baisers amoureux.* » (P. Eudel. *A travers la Bretagne*, chap. sur Belle-Ile, p. 56.)

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 35. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 2 SEPTEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Ostéo-périostite orbitaire consécutive à une sinusite maxillaire d'origine dentaire. Etude seméiologique de l'exophtalmie.

Par le Dr **BAUDOIN** (de Castres).
(Rapport à la Société d'Ophtalmologie, par **Alph. PÉCHIN**).

M. le Dr Baudoin nous a communiqué un travail qui se divise en deux parties. Dans la première partie, il donne une observation d'ostéo-périostite orbitaire consécutive à une sinusite maxillaire d'origine dentaire. La seconde partie est consacrée à l'étude séméiologique de l'exophtalmie.

Voici d'abord l'observation résumée :

Un jeune soldat entre à l'hôpital le 8 août 1898; état fébrile 38°-39°, frissons, courbature, céphalalgie, langue saburrale, anorexie. A noter dans les antécédents personnels une fièvre typhoïde l'année précédente. Deux jours après son entrée, agitation, douleurs dans la tête, principalement dans la région frontale et la région orbitaire gauches. De ce côté les paupières sont œdématiées, chémosis vasculaire, exophtalmie, l'œil est dévié en haut, diplopie verticale. Au bord du plancher orbitaire, petit bourrelet muqueux très douloureux. Réactions pupillaires normales. V = 1. Le 11 août (3 jours après) les symptômes généraux et locaux s'accentuent. L'examen des fosses nasales dénote un peu d'hyperémie et d'hypertrophie du cornet inférieur dans la fosse nasale gauche. Pas trace de suppuration dans les méats. Kaxosmie. Faute de source lumineuse, M. Baudoin n'a pu faire l'examen électrique du sinus. Nombreuses dents manquent; la seconde prémolaire gauche est très avariée; il y a deux mois cette dent a été très douloureuse, il y a eu fluxion. Extraction de la dent malade, perforation du bord alvéolaire, écoulement du pus, injection d'eau boriquée tiède. Une injection fit sortir par le nez un bouchon muqueux qui fermait le méat et empêchait, dit M. Baudoin, le pus de sortir dans les fosses nasales. Le 12 (4e jour) la fièvre tombe, le gonflement des paupières et l'exophtalmie diminuent, plus de douleurs spontanées. On continue les lavages du sinus et, quelques jours plus tard, guérison.

Cette observation me rappelle beaucoup d'autres observations analogues et qui nous sont bien connues ; aussi, suis-je un peu surpris que M. Baudoin la fasse suivre de cette réflexion et ici je lui laisse la parole : « Cette observation m'a paru intéressante à rapporter parce qu'elle contient un enseignement non pas nouveau, certes, mais peut-être trop oublié dans la pratique, à savoir le retentissement des affections sinusiques de la face sur les parois orbitaires. Je suis convaincu que la plupart des exophtalmies par ostéo-périostite aiguë et beaucoup de celles par ostéo-périostite chronique sont sous la dépendance d'une affection des sinus, d'où découle pour moi dans tous les cas la nécessité d'une exploration minutieuse des fosses nasales. »

M. Baudoin exprime là la même idée que celle qu'exprimait M. Germann (de Saint-Pétersbourg) au Congrès de Moscou de 1897.

Jusqu'en 1886 les remarques de MM. Baudoin et Germann nous eussent paru très justes, mais si l'on veut bien considérer les travaux parus dès cette époque, on verra que l'attention a été attirée sur ce sujet et qu'actuellement nous savons combien il est nécessaire dans les affections de l'orbite de faire l'examen, non seulement des fosses nasales, mais des deux maxillaires supérieur et inférieur et en général des affections bucco-pharyngées.

Sans vouloir faire une bibliographie qui serait forcément incomplète, je rappellerai les principaux auteurs qui se sont occupés de la question. Ziem (de Dantzig), qui était atteint lui-même d'une rhinorrhée chronique dépendant d'un empyème du sinus maxillaire, fit des travaux importants en 1886, puis vinrent ceux de B. Frænkel, Baginsky, Zucherkandl, Krause et A. Hartmann en 1887. En France, sans remonter aux observations de Demarquay et Duplay, je citerai le travail de Parinaud sur les suppurations de la paupière inférieure et de la région du sac lacrymal d'origine dentaire (*Arch. générales de Médecine*, 1880); les observations de M. Panas (*Semaine médicale*, 1885 et Acad. de Médecine, 12 mars 1895) : celle de Badal et Fromaget (1894); celle de Fage (*Société d'opht. de Paris*, 7 nov. 1893); les remarques sur les phlébites orbitaires consécutives aux affections bucco-pharyngées de M. A. Terson (*Rec. d'Opht.* nov. 1893); les thèses de Courtaix (L'œil et les dents, Paris 1891), de Gapin (Contribution à l'étude des abcès du sinus maxillaire, Paris 1894), de Salva (des complications inflammatoires de l'orbite dans les sinusites maxillaires, Paris 1895), l'observation de Brunschwig (Phlegmon orbitaire consécutif à une sinusite maxillaire. *Normandie médicale*, 15 février 1896) et enfin mon travail : Contribution à l'étude des affections oculaires et des sinusites de la face d'origine dentaire (in *Revue générale d'Ophtalmologie*, 31 mai 1896).

Ce qui ne veut pas dire qu'en faisant des recherches on ne trouverait pas à une époque plus éloignée des travaux intéressants sur cette question. Ainsi, par exemple, l'Essai sur les rapports pathologiques du système dentaire et de

l'appareil visuel » (*Annales d'oculistique*, janvier 1848 par Ch. Teirlinck). Dans ce travail très important le professeur de Gand insiste sur ce qu'il appelle les sympathies morbides entre l'œil et le système dentaire, sympathies qui d'après lui s'établissent par l'intermédiaire des branches du trijumeau ou mieux par les filets du sympathique qui accompagnent la cinquième paire. Et parmi les observations contenues dans ce mémoire je vous demande la permission de vous en citer une que je vous résumerai aussi brièvement que possible et qui vous montrera que déjà à cette époque les rapports entre les sinusites maxillaires et les inflammations de l'orbite n'étaient pas méconnus.

Przesmychi, 30 ans, bien portant. Pendant l'automne de 1825 douleurs lancinantes très intenses et subites s'étendant de la tempe gauche vers l'œil et le côté correspondant du visage. On attribue la douleur à un refroidissement. Un peu d'accalmie, puis au bout de deux mois ces douleurs revêtent un caractère d'intensité très aiguë et la vision se perd de ce côté (gauche). Pendant six mois on fait diverses médications qui n'amènent pas grand changement. Les douleurs ne sont pas continues, mais reviennent par accès. Ces six mois passés l'affection entre dans une nouvelle phase. Nouvelle crise de douleurs ; la joue se gonfle et pendant une nuit plusieurs cuillerées de pus sanguinolent s'écoulent entre la conjonctive et la paupière inférieure gauche. Le gonflement et la douleur diminuent, mais la cécité persiste. Trois semaines après nouvelle issue du pus qui se répète de temps en temps. En 1827 la situation s'aggrave et le malade se rend à Wilna dans le but de se faire énucléer. Soupçonnant un empyème du sinus maxillaire avec propagation du pus dans l'orbite, le médecin consulté examine les dents, il en trouve une brisée (il ne désigne pas laquelle) qui correspond à l'antre d'Highmore, l'extrait et trouve à sa racine un fragment de bois qui s'était probablement détaché d'un cure-dents. On introduit une sonde dans le sinus, il s'écoule quelques gouttes d'un liquide séro-purulent et neuf jours après le malade avait complètement recouvré la vue.

Le malade de M. Baudoin a été plus heureux parce que le diagnostic étiologique posé dès le début a permis une intervention rapide et suivie de guérison en quelques jours. M. Baudoin rejeta dès le début le diagnostic de ténonite, en se basant sur l'existence d'une fièvre intense en dehors de toute manifestation articulaire et sur l'absence de bilatéralité. Or, on peut ajouter que ce diagnostic devait être écarté parce que dans ténonite le rebord orbitaire n'est pas douloureux, l'exophtalmie est directe et le chémosis séreux très prononcé, trois symptômes qui faisaient défaut chez son malade.

Restait à déterminer à quelle variété clinique d'inflammation orbitaire on avait affaire. Etait-ce une ostéo-périostite, un phlegmon orbitaire ou bien une thrombo-phlébite ? Les conditions pour discuter cette question étaient assurément des meilleures, car M. Baudoin a eu la chance d'assister au début des accidents. Et en effet, au début ces variétés de phlegmasies sont bien tranchées, mais il n'en est plus de même plus tard, l'ostéo-périostite aiguë pouvant donner lieu au phlegmon de l'orbite, celui-ci pouvant se compliquer de lésions du périoste, de phlébite orbitaire et des sinus cérébraux et enfin la phlébite pouvant elle-même se compliquer de phlegmon, toutes complications rendant difficile le diagnostic du type de l'inflammation primitive.

M. Baudoin s'est rattaché avec raison au diagnostic d'ostéo-périostite aiguë en se fondant sur l'existence du bourrelet du bord antérieur de l'orbite et l'obliquité de l'exophtalmie.

Quant au diagnostic étiologique, il eût été peut-être à propos de ne pas passer sous silence la possibilité d'une ostéo-périostite d'origine éberthienne étant donné que le malade avait eu la fièvre typhoïde l'année précédente et avait gardé depuis cette époque un aspect maladif, lymphatique. On doit se rappeler que la périostite orbitaire a été constatée dans la rougeole et la scarlatine (A. Strubell. *Münch. med. Wochensch.*, 18 octobre 1898). Or, si une métastase morbilleuse ou scarlatineuse peut se produire, nul doute qu'une métastase éberthienne puisse se produire également. Je n'insisterai pas sur ce diagnostic étiologique dont je reconnais d'ailleurs le peu de probabilité, car il ne faut pas oublier que l'origine du mal paraît remonter seulement à une fluxion dentaire qui eut lieu deux mois avant, mais je regrette qu'il n'ait pas été fait d'examen bactériologique du pus sorti en abondance et qu'il eût été si facile de recueillir en vue de cet examen utile pour de multiples raisons.

Le diagnostic de sinusite d'origine dentaire fut, si je puis me servir de cette expression, un diagnostic d'impression, car l'examen des fosses nasales fut négatif ou à peu près, comme le signe de Frænkel et d'ailleurs le signe d'Heryng ne put être recherché faute d'instrumentation appropriée. C'est pourquoi M. Baudoin a eu raison d'intervenir comme il l'a fait. Du même coup il obtenait par la constatation *de visu* du pus dans le sinus le seul signe de certitude qui existe et sur lequel a insisté tout particulièrement M. Lermoyez, et il faisait le traitement rationnel.

Ce traitement doit être fait d'autant plus rapidement que le pronostic ne tarde pas à devenir grave pour peu que les accidents évoluent. Le processus infectieux auquel donnent naissance les lésions dentaires et surtout péridentaires, la périostite alvéolo-dentaire, peut se propager par le périoste mais aussi par les lymphatiques et surtout par la voie veineuse. La pathogénie de ces accidents phlébitiques ressort des recherches faites par Gurwitsch et Festal qui nous ont montré que les veines du sinus et du périoste du maxillaire supérieur aboutissent en grande partie dans la veine ophtalmo-faciale qui s'anastomose avec les veines intra-orbitaires ; cette veine vient de la pituitaire pour aboutir à la veine faciale, de là les phlébites orbitaires directes, des sinus caverneux, du sinus coronaire, et la phlébite orbitaire récurrente, qui assombrissent tant le pronostic.

Dans la seconde partie de son travail M. Baudoin nous donne un tableau synoptique qui comprend toutes les variétés d'exophtalmies qu'il rapporte à deux grandes divisions : formes pyrétiques et formes apyrétiques. C'est une étude séméiologique de l'exophtalmie qui a exigé de l'auteur beaucoup de temps et beaucoup de travail. Ce tableau, comme il le dit lui-même, permet d'embrasser d'un coup d'œil les différentes variétés d'exophtalmies, c'est une sorte de répertoire, d'aide-mémoire à l'usage de ceux qui ont déjà étudié et observé.

M. Essad (Essai sur la séméiologie de l'ophtalmie, thèse Paris, 25 juillet 1893) a fait un travail analogue à celui de M. Baudoin et a étudié la valeur séméiologique du sens, du siège, de la réductibilité, des phénomènes concomitants (signe de Graefe, strabisme) et de l'évolution de l'exophtalmie.

Loin de moi la pensée de contester la valeur séméiologique de l'exophtalmie, mais il faut reconnaître que ce symptôme est banal dans toutes les affections de l'orbite et c'est précisément cette banalité qui en diminue la valeur. En face d'une lésion orbitaire qui se traduit par de l'exophtalmie c'est moins les caractères de celle-ci que nous devons étudier que la question d'étiologie. Ici le diagnostic étiologique prime tout, c'est à lui que nous devons nous attacher en considérant l'âge du malade, en recherchant un état infectieux général ou local et encore ne serons-nous pas toujours à l'abri d'erreur. Bien des productions orbitaires surviennent sans causes bien nettes telles que lymphomes, infiltrations lymphoïdes qui en imposent pour des tumeurs malignes. Ces cas ont été étudiés par M. Ezéquiel Sanchez (Des pseudoplasmes de l'orbite. Thèse Paris 1895). Dans ces cas surtout l'étude séméiologique de l'exophtalmie ne sera pas d'un grand secours.

Malgré les réserves que j'ai cru devoir faire, le travail de M. Baudoin est très recommandable, il appelle de nouveau l'attention sur un fait important de pratique. Aussi je vous propose de vouloir bien lui adresser des remercîments et de déposer honorablement ce travail dans nos archives.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Epidémie de fièvre typhoïde à Bicêtre (*suite et fin*) (1);

Par **BOURNEVILLE** et **CHAPOTIN**.

Considérations générales.

I. Si nous considérons dans son ensemble cette série d'observations, nous voyons :

1° Que nous avons eu affaire à une *épidémie* particulièrement *grave* : 6 DÉCÈS sur 21 cas, soit une *mortalité* de 28,5 0/0. De ces six décès deux ont eu pour cause des *perforations intestinales*, un une *péritonite généralisée* d'origine appendiculaire ; un autre est survenu rapidement à la suite d'une forme particulièrement toxique de dothiénentérie ; dans deux cas enfin on n'a pu découvrir de cause immédiate de la mort.

2° Que dans la plupart des cas les symptômes gastro-intestinaux étaient peu marqués, alors que les signes pulmonaires se sont montrés d'une manière constante, quelquefois même avec une intensité capable de faire errer le diagnostic au début. (Obs. Gauth... ; — Obs. Bon...)

3° Qu'aucun malade n'a été soigné dès le début des accidents ; tous se sont présentés à la période d'état de leur affection, les uns offrant déjà des taches rosées, indice que la maladie était au moins dans le deuxième septenaire de son évolution. Chez les autres, ces taches rosées ont apparu un ou deux jours après leur entrée à l'infirmerie. Peut-être faut-il voir là la véritable cause des nombreux cas de mort que nous avons eu à enregistrer : le fait ne saurait être mis en doute pour Pep... (Obs. XVI), mort 4 heures après son arrivée à l'infirmerie, ni peut-être même pour Char... (Obs. XXI) qui semble être seulement entré au moment où s'est effectuée sa *première perforation*. Ces accidents ne peuvent être évités que par une observation attentive et de parti pris de tous les enfants hospitalisés et surtout de ceux chez lesquels les indications et réactions subjectives font défaut, du fait même de leur état d'idiotie plus ou moins accusé.

Et, soit dit en passant, ici éclate non seulement l'intérêt, mais la nécessité qui s'impose d'avoir un personnel intelligent, *habitué* à surveiller de tels malades. Or, le grand critérium qui décidait à nous amener les enfants à l'infirmerie, c'était lorsque ceux-ci refusaient de manger : c'est là assurément un signe d'une grande importance quand il s'agit d'idiots et de gâteux; mais avant d'en arriver à cette manifestation capitale, ils avaient dû présenter des modifications de l'état général, de l'insomnie, de la diarrhée, une fièvre vespérale qui n'auraient pas dû échapper à un personnel observateur et rompu à son service. Malheureusement, si notre personnel de jour offre des garanties sérieuses, il n'en est pas de même du personnel de nuit, changeant et inexpérimenté en raison de son mauvais mode de recrutement. Le service de nuit, ainsi que l'un de nous l'a demandé un très grand nombre de fois, ne devrait pas être confié à des débutants, n'ayant jamais été en contact avec les malades, mais à des infirmiers et infirmières ayant déjà une réelle expérience.

4° Le *diagnostic* était rendu d'autant plus difficile que, outre l'absence totale de renseignements sur le siège, la nature, l'intensité du mal, la plupart des malades présentaient des signes réactionnels tout différents de ceux que l'on observe chez les sujets normaux. En effet, non seulement jamais nous n'avons noté chez eux l'état de profonde stupeur qui accompagne toujours l'état typhoïde ; mais au contraire, et surtout chez les idiots, un état d'excitation durant lequel ils semblaient jouir de facultés plus étendues.

Il serait donc à souhaiter que l'on pût, à l'avenir, en présence de cas identiques, utiliser tous les moyens d'établir un diagnostic précoce, et, à ce titre, il nous paraît particulièrement urgent d'avoir une installation permettant d'effectuer rapidement la réaction de l'agglutination, ce qui est absolument impossible en l'état actuel des choses.

II. Des 21 malades atteints par l'épidémie, sept étaient *épileptiques*. Chez tous, sauf un, Wei.. (Obs. XVIII), les *accès* ont été complètement suspendus. Le malade qui a fait exception aurait eu un *accès* au milieu de l'évolution de sa fièvre typhoïde, alors que la température était élevée et des *convulsions épileptiformes* (?) deux jours avant sa mort, alors qu'il était dans un état de prostration très prononcé (1). Il est fort probable qu'il ne s'est pas agi la première fois d'un véritable accès d'épilepsie, mais de convulsions ordinaires comme il s'en produit chez les enfants normaux affectés de maladies infectieuses. Chez les *cinq épileptiques survivants* les accès n'ont pas encore reparu chez Lamb... (Obs. IV). Ils se sont montrés de nouveau chez Gaut.., dans la nuit du 6 au 7 février 1899, près de trois mois après le début présumé de la fièvre typhoïde. — Genev... (Obs. XIII), dont la maladie a débuté le 7 décembre 1898 et a été terminée le 28 décembre 1898, n'avait eu que quatre accès en 1898 (le dernier en mars). Aucun accès dans le cours de sa maladie. Il a eu une crise le 30 janvier 1899. — Meze... (Obs. XIV). Dans le courant de 1898 jusqu'au 17 décembre, début de la fièvre typhoïde, le malade a eu 37 accès et 18 vertiges. Durant sa fièvre il aurait eu : 2 accès le 17 décembre; un le 21 décembre et un le 23 décembre. Il n'a pas eu d'autres accès jusqu'à sa guérison (2). Le 31 janvier, il a eu un accès et un vertige. Rien depuis jusqu'à la fin de mars.

Ces faits prouvent une fois de plus que les maladies aiguës, avec élévation de la température plus ou moins prolongée, comme la fièvre typhoïde, *suspendent les accès chez les épileptiques* : c'est une compensation relative de leur influence étiologique sur la production, qu'on leur attribue, des maladies du système nerveux. Cette action suspensive se prolonge après la convalescence, sinon dans tous, au moins dans la plupart des cas. Une fois même, nous avons vu les

(1) Voir *Progrès médical*, nos 32, 33 et 34.

(1) L'accès présumé est survenu durant la nuit et nous avions alors une nouvelle infirmière veilleuse peu au courant.

(2) Le malade appartient à la section des épileptiques adultes (service de M. Chaslin).

accès disparaitre complètement et, au bout de plusieurs mois, il nous a été possible de rendre l'enfant à sa famille (1).

III. Sur les seize malades du service, quatre proviennent de pères faisant de nombreux *excès de boissons*. Chez un seul il est probable que la conception a eu lieu durant l'ivresse.

IV. Les tracés de la *température*, dans les quatre cas qui se sont terminés par la mort, permettent de se rendre compte de l'influence des complications sur la marche de la fièvre. Ils pourront être comparés à un certain nombre de tracés thermométriques de cette maladie, qui figurent soit dans les *Comptes-rendus* du service, soit dans le mémoire de l'un de nous publié en 1873 (2).

V. Quelle est l'origine de cette épidémie? Le premier cas a été observé à la fin de juillet et la plupart des autres cas se sont succédés du 25 août au 13 septembre, les six derniers cas se sont disséminés du 4 octobre au 17 décembre.

Comme l'enfant qui en a été victime avait, en juillet, passé quelques jours dans sa famille qui habite le Kremlin, nous avons pensé qu'il avait pu y contracter le germe de sa maladie. Or, après information, nous avons su qu'il n'avait pas bu d'autre eau que celle de Choisy, la même que celle de Bicêtre.

Peu après, de nouveaux cas étant survenus, il y avait lieu de faire examiner l'eau servant à l'alimentation des enfants. Nous avons écrit (3) à M. le Directeur de Bicêtre de bien vouloir y faire procéder. Il a envoyé un échantillon de l'eau au laboratoire municipal de bactériologie et a reçu le 29 septembre une lettre de M. le Dr Miquel d'où nous extrayons le passage suivant :

« Les eaux qui ont été apportées à mon laboratoire le 14 septembre courant ont montré une composition analogue aux eaux filtrées de Choisy-le-Roi. Toutefois, elles étaient beaucoup plus chargées en bactéries vulgaires, notamment le bacillus subtilis. Ces mêmes eaux n'ont pas offert le bacille du côlon ni celui du typhus. Il faudrait donc attribuer peut-être à une autre cause qu'aux eaux d'alimentation la petite épidémie de fièvre typhoïde qui s'est déclarée dans une section de votre hôpital. »

L'eau alimentant Bicêtre est prise dans la Seine à Choisy-le-Roi et déversée dans un bassin où elle est filtrée par le procédé Anderson. Elle est ensuite refoulée dans les réservoirs des Hautes-Bruyères et de ces réservoirs l'eau est distribuée par la pente naturelle à Montrouge puis à Bicêtre.

La cinquième division de l'hospice, affectée aux aliénés et dont fait partie la section des enfants, est alimentée par l'eau de la Seine à laquelle s'ajoute l'eau dite de Rungis, composée surtout des infiltrations des pluies qui rencontrent une surface glaiseuse. Elle arrive à l'établissement après avoir traversé le fort de Bicêtre, qui depuis au moins cinq ans l'a détournée à son profit et au détriment (?) de l'hospice. Celui-ci ne reçoit d'eau de Rungis qu'à la suite des grandes pluies (1).

Comme l'épidémie n'a sévi que dans le quartier des aliénés (2 cas dans la 3e section et 19 dans la 4e, enfants), alimentée en eau de la Seine et en eau de Rungis et qu'il ne s'est produit aucun cas dans le reste de l'hospice alimenté exclusivement en eau de la Seine, nous inclinerions à attribuer l'épidémie à l'eau de Rungis (2).

Pour enrayer autant que possible l'épidémie, on a condamné les fontaines du service, surveillé les enfants aux lavabos afin de les empêcher d'en boire l'eau, comme ils le font souvent; on leur a donné de l'eau bouillie et de la tisane de houblon. — Chaque jour le linge était retiré des trémies et porté à l'étuve et les trémies étaient lavées avec du sublimé. Après chaque décès ou après la sortie des enfants, la literie était passée à l'étuve. En résumé, toutes les précautions exigées par l'hygiène ont été prises avec le plus grand soin.

VI. Le *traitement* a consisté surtout en l'administration de bains froids, de toniques et de médicaments divers suivant les manifestations symptomatiques. Les bains froids ont été donnés avec le plus grand soin par la sous-surveillante de l'infirmerie, Mme Ronzier, qui a apporté dans sa tâche un réel dévouement et une grande habileté.

Note complémentaire sur les eaux de Rungis.

Notre collègue du *Comité consultatif d'hygiène publique de France*, M. Michel Lévy, nous a obligeamment remis la note ci-après :

« Les sources de Rungis proviennent du drainage naturel du plateau de Villejuif-Chevilly incliné sur le sud. C'est une nappe élevée retenue par l'argile verte oligocène. Une partie de ces eaux ayant filtré à travers le sable de Fontainebleau, qui forme des îlots sur ce plateau, paraît être d'excellente qualité. Mais une autre partie qui a traversé seulement l'épaisseur du calcaire de Brie doit être considérée comme douteuse. En effet ce calcaire de Brie plus ou moins meulier et compacte est ordinairement fissuré, et par ces fissures les eaux de la terre arable engraissée dans cette région par les gadoues de Paris, peuvent pénétrer jusqu'à l'argile verte par un écoulement presque direct et sans avoir subi une épuration suffisante. De telle sorte que le gisement géologique des eaux des sources de Rungis ne permet pas de donner de garantie sur leur qualité. »

(1) ~~Voir la thèse de notre ami, le Dr J. Séglas, faite dans notre service~~ en 1880, intitulée : *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.*

(2) BOURNEVILLE. — *Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde.*

(3) Nous étions alors en vacances.

(1) On croit que, au Fort, on ne se sert pas de l'eau de Rungis comme boisson. — Voici d'autre part la note que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Dieu, directeur du service de santé au ministère de la guerre.

« Il n'y a pas eu, en 1898, dit-il, un seul cas de fièvre typhoïde au fort de Bicêtre. L'eau qui alimente ce fort ne provient que de trois origines distinctes : 1° L'eau de Seine, filtrée par le procédé Anderson et fournie par la Compagnie générale des eaux ; — 2° les eaux pluviales recueillies dans deux citernes ; — 3° un puits creusé dans le fort. — L'eau consommée au fort de Bicêtre est préalablement filtrée par les bougies Chamberland.

(2) Voici les analyses microbiologiques de l'eau de Choisy telles qu'elle figurent aux *Tableaux* mensuels de la Statistique municipale de Paris : en juin 27.485 bactéries par centimètre cube et 125 moisissures ; — en juillet, 21.875 et 310 moisissures ; en août, 42.175 et pas de moisissure ; — en septembre, 39.340 et 1.875.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés au grade de médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale : MM. Letellier, Petit, Potheau et Sacreste, médecins-majors de 1re classe de l'armée active, retraités. — Au grade de médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale : M. Cuche, médecin-major de 2e classe de l'armée active, démissionnaire. — Au grade de médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale : M. Seguin.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La peste dans une ville de France du moyen âge à notre siècle.

La peste vient de faire son entrée en Europe occidentale, importée sans doute par un navire des Indes ou d'Alexandrie à Oporto en Portugal. Depuis de longues années cette terrible maladie avait passé en Occident à l'état de légende, car les cas signalés à Vienne, il y a quelques mois, avaient été de simples accidents de laboratoire assez tôt enrayés pour ne prendre aucun caractère épidémique. A l'heure actuelle, à Oporto, la maladie a pris une extension assez rapide pour légitimer les mesures sanitaires les plus énergiques et créer un danger sérieux pour les nations voisines.

De toutes les maladies épidémiques, la peste est, avant le choléra, celle qui a laissé l'impression la plus profonde dans les populations européennes où, depuis l'Antiquité, elle a semé la terreur. Il est probable que les pestes rapportées par les historiens grecs n'avaient rien de commun avec cette maladie et la description de la fameuse peste d'Athènes de 499 avant J.-C., ne répond guère à la maladie à charbons et à bubons que nous redoutons encore. Mais il n'y a pas de doutes à conserver sur la nature de la peste Justinienne de 542 qui, s'il faut en croire Procope, fut introduite de Péluse en Basse-Egypte à Constantinople sous le règne de Justinien et gagna la Gaule par Marseille, y faisant de terribles ravages. Ce fut bien toujours la peste à bubons qui du XIe siècle au XVe siècle donna lieu en Europe à 32 grandes épidémies, parmi lesquelles celle de 1348 fut la plus meurtrière. Le XVIe et le XVIIe siècles ne furent point exempts de cette calamité ; la peste de Marseille de 1720, où l'évêque Belzunce fit preuve d'un dévoûment héroïque, a laissé sa trace dans l'histoire.

Pour donner une juste idée de la terreur qu'inspirait jadis cette maladie, il suffit d'exposer les précautions que Grenoble s'imposait pour tâcher d'enrayer de trop fréquentes épidémies. M. le Dr Bordier, dans son intéressante histoire de la *Médecine à Grenoble* (1), nous fournit à ce sujet les documents les plus précieux.

Le voisinage de Marseille, le passage des troupes qui venaient de guerroyer en Italie, rendaient la capitale dauphinoise plus menacée que toute autre ville de France. Lors de l'épidémie de 1348, sous le règne de Humbert II, la peste fut à Grenoble des plus violentes, mais alors les habitants ne songèrent qu'à calmer la colère divine et brûlèrent vivants, dans ce but, 74 juifs. Ces *autodafés* ne préservèrent pas la ville de nouvelles atteintes, car les chroniques nous rapportent qu'en 1410, l'évêque qui n'avait pas alors le courage de Belzunce, s'en fut de la ville pour se mettre à l'abri de l'épidémie. En 1482, les bourgeois prirent des mesures de préservation inhumaines, tous ceux qu'on soupçonna d'être atteints, furent impitoyablement chassés de la ville dans les campagnes où ils ne tardèrent pas à succomber; le Parlement, du reste, avait fui à Moirans et l'officialité à Voreppe. En 1485, la terreur est la même mais les Grenoblois sont moins barbares, ils ouvrent aux pestiférés un hôpital, dans l'Ile-Verte, qui porte le nom d'hôpital de l'Isle et l'évêque en bénit le cimetière quelques années plus tard (1497). Malgré toutes les précautions : fermeture de la ville, expulsion des malades suspects et des habitants de toute maison contaminée, Grenoble est envahi et doit chercher à s'organiser pour soigner les pestiférés. On maintint toujours les rigoureuses mesures de quarantaine puisqu'un habitant soupçonné de venir de Chambéry, où règnait la maladie, fut expulsé sans merci. Dès 1503, on donne 4 florins ou 4 écus par mois au chirurgien enfermé dans l'hôpital de l'Isle pour panser les bubons des pestiférés. En 1521 et 1522 une épidémie meurtrière se propage par Lyon, le Parlement prend des mesures pour faire désinfecter les maisons et comme les chirurgiens qui veulent bien s'enfermer dans l'hôpital de l'Isle se font rares, on augmente leurs honoraires et on promet la maîtrise et une boutique en ville à celui qui voudra se dévouer à soigner les pestiférés. La peste néanmoins fait rage, la plupart des maisons sont abandonnées, l'anarchie règne dans la ville et la terreur est telle qu'on exécute quelques vagabonds soupçonnés d'avoir importé le fléau. Un prêtre est expulsé pour avoir confessé un pestiféré et un médecin qui est allé à la campagne soigner un malade se voit refuser l'entrée de la ville dans la crainte que ce malade ne soit atteint de la peste. En 1525, les médecins et chirurgiens sont tenus de prêter serment de déclarer tout malade atteint de la peste. Des quatre consuls qui gouvernent la ville, deux se sont enfuis, un de ceux qui sont restés, le médecin Antoine Avril, meurt courageusement à son poste. A cette époque de lutte contre la maladie, apparait un homme courageux, Pierre Aréoud, qui avec le titre de capitaine de santé, fait prendre quelques mesures utiles et relève le courage de ses concitoyens. Le capitaine de santé qui est sous les ordres d'un médecin appelé surintendant de la santé, n'est pas toujours un homme de l'art. En 1597, c'était un certain Guillaume de Lérisse qui, bien que n'étant pas médecin, était assez habitué à la peste pour écrire sur elle et traiter justement bien que rudement la couardise de ses contemporains. « En plusieurs endroictz, écrivait-il, lorsque la peste arrive, apothicaires et chirurgiens deslogent les premiers et peu s'en trouvent (si non aux bonnes et grosses villes) qui s'enferment aux infirmeries et hôpitaux pestiférés et autres lieux. » Au cours de son traité Guillaume de Lérisse exposait la nécessité de l'organisation d'un Conseil de santé ayant toute autorité, avec un capitaine de santé chargé d'exécuter énergiquement ses décisions. Il recommandait la surveillance des malades, celle des boutiques d'apothicaires, le nettoyage des rues et l'interdiction d'y laisser vautrer les pourceaux et autres animaux domestiques. Il conseillait d'habiter en lieu aéré, sain, exposé au soleil levant et donnait des recettes sur la « parfumerie » ou désinfection de l'habitation. Cette désinfection primitive consistait à brûler du bois et des baies de genièvre, du marrube blanc, de la sauge, de la lavande et du romarin. Nous ne nous étendrons pas sur le traitement empirique de la peste que conseillait G. de Lérisse, il

(1) Dr A. Bordier. — *La Médecine à Grenoble*, Rigaudin, édit., Grenoble, 1896.

consistait en purgatifs et diaphorétiques et n'était ni meilleur ni plus mauvais que celui des médecins qui l'environnaient.

Les débuts du XVII[e] siècle laissèrent quelques années de répit à la malheureuse cité de Grenoble. En 1628, les pestiférés repeuplent l'hôpital de l'Isle où est enfermé un médecin nommé Rochefort que l'on costume d'un habit couleur amaranthe (?). A cette époque un médecin du roi, Davin, accompagnant le duc de Lesdiguières, passe à Grenoble, y soigne les pestiférés et y écrit son Traité sur la peste. Bien que sacrifiant aux préjugés de l'époque en faisant intervenir les éclipses de lune et les constellations dans l'étiologie de la maladie, Davin se montre bon observateur. Il est un peu sceptique sur la thérapeutique employée, car, dit-il, « en cette maladie dangereuse, tant le malade que le chirurgien doivent prier Dieu qu'il lui plaise de bénir tous remèdes ». Malgré cela, il décrit avec précision les modes de contagion, les bubons, les anthrax, les charbons, les pétéchies qu'il a observés au cours de la maladie. Il indique les symptômes de début, « pesanteur et doleur de teste », puanteur d'haleine, grande soif, urine puante, assoupissement avec rêverie, vomissements, diarrhée, pourpre ou *tac* violet noir, plombé, langue noire, etc. Chemin faisant il donne quelques bons conseils, celui entre autres d'ouvrir les bubons avec le cautère actuel. M. Bordier reproduit les formules de quelques préparations polypharmaceutiques que Davin considère comme douées de facultés merveilleuses : tel est l'opiat composé d'angélique, gentiane, aristoloche, racine de tormentille, cinnamone, essence de citron, semences d'oseille, coriandre, chardon béni, corne de cerf, camphre et conserve de rose. Il est curieux de constater les excellents conseils de désinfection que Davin donne pour l'assainissement des maisons pestiférées. Ainsi il préconise les fumigations durant trois nuits consécutives dans les pièces bien fermées au moyen d'un mélange de foin odorant arrosé de vin et de vinaigre, de feuilles d'absinthe, d'hysope et de marjolaine, de soufre, d'encens et de poudre à canon. Il conseille de laver les meubles avec le mélange : cendres de chêne, de pin de genièvre, de sarments, mêlées à une livre de chaux, un quarteron de sel, de l'eau de rivière, deux pots de vin blanc ou clairet et un pot de vinaigre. Il prescrit encore le nettoyage des couvertures. Le Conseil de santé, sur les avis de Davin, sut, en outre, prendre de sérieuses ordonnances pour la propreté des rues, l'abatage des animaux de boucherie et l'entrée dans la ville des colporteurs et des vagabonds. Grâce à ces sages précautions la peste s'atténua et disparut.

Le fléau fit de courtes réapparitions en 1651, conséquence de la guerre et des inondations. En 1720 éclata la terrible épidémie de Marseille, les habitants de Grenoble surent dès le début prendre d'énergiques mesures préventives guidés par Donis, le doyen de la Faculté. Un règlement sévère est rédigé par le Conseil de santé qui, après les prières, de rigueur encore à cette époque, ordonne de monter une garde sévère et permanente aux portes de la ville, exige un billet de santé pour y pénétrer, proscrit les denrées et les marchandises provenant de pays contaminés ou exige leur « parfumerie » par un apothicaire. La désinfection des lettres et correspondance venant d'une ville contaminée est encore rendue obligatoire. Le Conseil de santé ordonne, en outre, l'inspection des pharmacies, l'engagement de médecins et de chirurgiens en cas d'invasion du fléau, règle le transport en voiture des malades éventuels. Sur des ordres venus du gouvernement central, on ajoute à ces mesures le blocus des localités contaminées. Il faut croire que ce luxe de mesures fut utile, car la peste épargna pour la première fois Grenoble ; depuis on n'en constata plus d'autres épidémies et les poètes locaux chantèrent en très mauvais vers les mérites du Conseil de santé :

Grenoble, quel bonheur peut égaler le tien?
L'impitoyable peste enfin ne peut plus rien!
Tes zélés magistrats chez la reine des anges
Rendirent humblement le tribut de louanges.

Cet aperçu historique de la lutte contre la peste à Grenoble, nous permet de constater que les mesures prophylactiques employées n'ont guère changé ; depuis, les méthodes de désinfection se sont améliorées, mais l'on a toujours recours au blocus, aux quarantaines, aux désinfections, à l'isolement des malades. Les préjugés populaires n'ont pas non plus disparu, et si nous n'avons pas vu en Portugal brûler quelques juifs accusés comme l'âne de la fable d'être les auteurs du mal, les journaux nous ont rapporté les colères populaires suscitées par la conduite du D[r] Jorge (d'Oporto) qui y signala les premiers cas de peste et grâce auquel le fléau pourra sans doute être enrayé à temps.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

(3[e] Session tenue a Amsterdam) (*suite*) (1).

Traitement opératoire des annexites.

M. Hartmann. — Il y a trois ans, à Genève, je vous disais que j'étais partisan de la voie abdominale dans le traitement opératoire des annexites parce qu'elle me paraissait moins grave que la voie vaginale et parce qu'elle permettait, dans un certain nombre de cas, la conservation de la fonction. Je vous signalais cependant les imperfections de cette voie, l'inconvénient de laisser un utérus inutile, quelquefois suppurant ou même saignant et je terminais en concluant à la nécessité de faire suivre la castration bilatérale de l'ablation de l'utérus lorsqu'il est gros, suppurant et friable.

Depuis ce dernier Congrès, j'ai continué à étudier cette question, j'ai examiné avec grand soin mes anciennes opérées et je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Après l'opération abdominale des annexes, telle que je la pratiquais autrefois, 55,32 0/0 des malades seulement étaient guéries d'une manière complète, chiffre qui concorde avec ceux donnés par Schauta, 56,6 0/0 ; par Léopold Landau, 60 0/0 ; par Bardenheuer, 60 0/0. Certes toutes les opérées, ou à peu près toutes, étaient très améliorées et très satisfaites du résultat de l'opération ; mais lorsqu'on les interrogeait avec soin, on voyait qu'un certain nombre éprouvaient après des fatigues, à droite ou à gauche, quelquefois des deux côtés du bas-ventre, des tiraillements ; que quelques-unes même avaient des maux de reins, des pertes blanches, exceptionnellement des

(1) Voir *Progrès médical*, n[os] 33 et 34.

écoulements hémorragiques. L'examen direct faisait constater soit une métrite persistante, soit, au palper bimanuel, l'existence de petits noyaux indurés au niveau des pédicules (1). En un mot, un examen complet montrait que chez beaucoup de ces malades, la guérison n'était pas absolue.

L'indication à remplir était donc double :

1° Supprimer l'utérus toutes les fois qu'il était inutile, quand l'examen direct faisait constater la nécessité d'une ablation bilatérale des annexes.

2° Supprimer les pédicules en faisant la ligature isolée des vaisseaux et, par une suture du péritoine du petit bassin, reconstituer un plancher pelvien.

De plus, comme un certain nombre de malades souffrent, après la castration bilatérale, d'accidents de ménopause prématurée, nous avons, quand cela a été possible, conservé tout au moins un ovaire, bornant notre ablation à celle des organes atteints de lésions septiques, l'utérus et les trompes. Dans 10 cas seulement l'existence d'une suppuration manifestement localisée nous a conduit à pratiquer une colpotomie postérieure.

En résumé, nos interventions pour annexites du 1er octobre 1896 au 1er juillet 1899, comprennent 72 cas, se décomposant en :

40 castrations abdominales totales, dont 26 pour lésions suppurées ;

22 opérations abdominales conservatrices, comprenant 15 ablations unilatérales d'annexes (7 fois suppurées), 2 ignipunctures d'ovaires kystiques, 1 excision partielle d'ovaire, 2 libérations d'annexes adhérentes avec redressement de l'utérus, 2 incisions abdominales de salpingite suppurée.

10 colpotomies postérieures pour annexite suppurée.

Les 72 interventions ont donné 1 mort, soit une mortalité de 1,38 0/0, mortalité très faible. Si nous envisageons exclusivement les opérations abdominales, nous voyons que 62 cœliotomies n'ont donné qu'une mort, soit une mortalité de 1,61 0/0. Notre mortalité s'est donc abaissée, puisqu'en 1896, à notre dernier Congrès, j'étais venu avec 104 cœliotomies, 4 morts, soit 3,8 0/0. Je ne crois pas que l'on puisse espérer beaucoup mieux que ce que j'obtiens actuellement.

Les résultats immédiats de la voie abdominale sont donc excellents ; quant aux résultats éloignés, je puis vous affirmer qu'avec les modifications apportées actuellement à l'opération, ils sont parfaits.

Je crois donc pouvoir conclure aujourd'hui, non plus à la limitation des indications de la voie vaginale dans le traitement des annexites comme à notre dernier Congrès, mais au rejet absolu de cette voie qui a marqué une étape dans la marche de la gynécologie, mais qui, aujourd'hui, me semble distancée d'une manière manifeste par l'opération abdominale modifiée.

La colpotomie postérieure, seule en tant que voie vaginale, reste indiquée pour ouvrir les grosses collections facilement accessibles. Elle suffira dans un certain nombre de cas pour amener la guérison, elle ne sera dans d'autres que le premier temps d'une opération plus complète, abdominale cette fois, lorsqu'elle aura laissé après elle des lésions nécessitant une deuxième intervention.

Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire.

M. Henri HARTMANN, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. — Dans cette courte communication, je n'ai pas la prétention d'exposer devant vous, dans son ensemble, la valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats des opérations gynécologiques. Les rapporteurs, que vous avez choisis, ont fait cet exposé mieux que je ne saurais le faire.

Je ne rechercherai même pas quel a été le rôle de l'antisepsie dans l'évolution de la gynécologie opératoire. Avant elle, celle-ci n'existait pour ainsi dire pas. On pratiquait bien quelques opérations vaginales, des ablations de polypes, des amputations du col, des périnéorraphies, etc., mais la plupart des laparotomisées succombaient et les opérations vaginales ne donnaient elles-mêmes que des résultats médiocres ; c'est l'antisepsie qui a permis le développement si grand de la gynécologie opératoire actuelle.

J'envisagerai simplement les perfectionnements apportés aux opérations gynécologiques, depuis l'emploi systématique des méthodes antiseptiques, limitant même mon exposé à la technique des opérations abdominales.

Il me suffira pour cela de comparer la pratique et les résultats obtenus l'hôpital Bichat, dans le service de mon maître le Pr Terrier, pendant les années qui suivirent l'ouverture de son service en 1883, à une statistique actuelle.

Les *résultats* se sont considérablement améliorés, tant au point de vue de l'*abaissement de la mortalité* qu'à celui des *résultats définitifs*.

Résultats opératoires immédiats.

I. — Statistique de l'hôpital Bichat au début.

Ovariotomies. . .	(1883 et 1884).	68 cas.	14 morts.	20,59 0/0
Hystérectomies .	(1883 à 1885).	9 —	5 —	55,55
Salpingites. . . .	(1883 à 1890).	56 —	10 —	17,86
	Total . . .	133 —	29 —	21,08

II. — Statistique personnelle (1896-1899) (1).

Ovariotomies.	16 cas.	2 morts.	12,50 0/0
Hystérectomies abdominales. .	27 —	2 —	7,40
Salpingites (2).	62 —	1 —	1,61
Total. . . .	105 —	5 —	4,77

Comme on le voit, la mortalité globale s'est considérablement abaissée, elle est tombée de 21,8 0/0 à 4,77.

C'est qu'une même cause générale est intervenue pour améliorer les résultats quelle que soit l'opération envisagée, la substitution à l'antisepsie de l'*asepsie* que mon maître, le Pr Terrier, a préconisée et vulgarisée en France.

Quelques auteurs ne voient encore dans la méthode aseptique qu'une substitution de la chaleur aux solutions et aux poudres ; d'après eux, la chaleur ne serait que le plus puissant des antiseptiques. Je crois, pour ma part, qu'il y a dans l'emploi méthodique de la stérilisation par la chaleur quelque chose de plus. Avec elle on a la désinfection absolue, on n'est plus, comme lorsqu'il s'agit d'antiseptiques, à discuter le plus ou moins de valeur de tel ou tel produit chimique. *La stérilisation par la chaleur donne une sécurité absolue.* A ce point de vue je crois donc que l'emploi systématique d'instruments, de gazes, de compresses et de tampons stérilisés par la chaleur constitue un progrès réel (3).

De plus, en employant au cours des opérations abdominales, des instruments, des compresses et des fils aseptiques, on n'évite pas seulement la contamination de la grande séreuse

(1) Tous ces faits sont consignés dans la thèse de mon élève Audiau. *Contribution à l'étude du traitement opératoire des annexites*. Th. de Paris, 1896-1897. Dans cette thèse excellente, on trouve l'analyse critique de 210 opérations consécutives faites par nous.

(1) Nous donnons ici notre statistique du 1er octobre 1896 au 1er juillet 1899, la statistique antérieure de nos opérations pour salpingites ayant été publiée au Congrès de Genève ; nous devons cette statistique à notre élève et ami M. Gosset, prosecteur de la Faculté.

(2) Ces 62 opérations se décomposent en 40 castrations abdominales totales avec 1 mort (Voir *Annales de Gynécologie*, juillet 1899) et 22 autres opérations, pour 9 lésions suppurées unilatérales sans insuccès.

(3) Nos instruments sont stérilisés à l'étuve sèche modèle Poupinel, nos compresses, gazes et tampons à l'autoclave. Il en est de même pour nos soies : ces dernières sont stérilisées à une température de 120°, tandis que pour nos compresses, tampons, etc., nous montons la température à 140° ; nos catguts sont stérilisés à l'étuve sèche et portés à 140°. Il suffit, pour conserver au catgut ses propriétés, d'élever, comme l'a indiqué notre interne en pharmacie M. Salvan, très lentement sa température, de manière à atteindre 100° en quatre heures, puis de le laisser pendant une heure à 100° et de le porter lentement et graduellement en deux heures à 140°. Le catgut supporte cette température sans devenir cassant.

par les agents infectieux, on évite encore sa lésion par les produits antiseptiques, dont l'action nocive sur le péritoine a été bien établie par les recherches de notre collègue et ami, Pierre Delbet (1); on supprime de plus l'intoxication possible par l'absorption des antiseptiques, intoxication qui entrait autrefois pour une part dans la genèse des accidents post-opératoires.

Nous ne nous servons d'antiseptiques que pour la désinfection de la peau, y recourant du reste de moins en moins; nous attachons surtout de l'importance au brossage prolongé dans de l'eau savonneuse tiède, et bien souvent il nous est arrivé d'opérer en nous rinçant simplement dans de l'eau salée stérilisée, les mains, préalablement brossées au savon. Les antiseptiques ne sont nécessaires que si l'on s'est inoculé la veille avec des produits infectés.

C'est à cette substitution de l'asepsie à l'antisepsie que nous attribuons l'abaissement général du taux de la mortalité.

Si nous envisageons les résultats des opérations abdominales, non plus en bloc, mais en étudiant chaque opération séparément, on voit que l'abaissement de la mortalité est bien plus considérable pour certaines opérations que pour d'autres.

Tandis que pour l'ovariotomie elle ne s'est abaissée que de 21.8 0/0 à 2,50; pour l'hystérectomie abdominale, elle est tombée de 55,55 0/0 à 7,40, et pour les opérations contre les salpingites, de 17,86 0/0 à 1,61. Cela tient à ce que la *technique* de ces diverses opérations s'est très inégalement modifiée.

L'*ovariotomie* est aujourd'hui à peu près ce qu'elle était autrefois; au contraire le manuel opératoire de l'hystérectomie et celui de la salpingectomie ont subi des améliorations considérables.

Une des grandes causes de mort, après l'*opération abdominale des salpingites suppurées*, était la péritonite due à l'inoculation de la séreuse par le contenu septique d'un poche. Dans cette première phase de la gynécologie opératoire, on opérait les salpingites sans voir ce que l'on faisait, « au jugé, le plus souvent »; on décortiquait les poches suppurées au milieu d'anses d'intestins qui venaient constamment dans le champ opératoire, s'y inoculaient et disséminaient ensuite dans le reste du ventre les germes infectieux.

C'est pourquoi, pendant un temps, la voie vaginale, qui exposait beaucoup moins à cette contamination d'anses intestinales multiples, a constitué un réel progrès et a abaissé le taux de la mortalité; mais presque en même temps les chirurgiens abdominaux ont perfectionné leur technique et tout en conservant à la voie haute ses avantages antérieurs, voyant ce qu'ils faisaient, ils lui ont adjoint, en le rendant même plus complet encore l'avantage principal de l'opération vaginale sur l'opération abdominale ancienne, celui d'opérer, si je puis ainsi m'exprimer, *dans un champ limité*.

Quant à l'*hystérectomie*, elle s'est modifiée du tout au tout lorsque les discussions sur les avantages du pédicule externe et du pédicule interne ont cessé; les gynécologues s'étant mis d'accord pour dire qu'il fallait *supprimer tout pédicule* et enlever les utérus comme des tumeurs quelconques, liant simplement les points qui saignaient.

Voyons, en les étudiant successivement, les divers perfectionnements apportés à notre technique dans ces dernières années;

1° *Limitation exacte du champ opératoire.* — Cette limitation exacte du champ opératoire est obtenue avec des *compresses stérilisées*; elle a été grandement facilitée par l'*emploi systématique du plan incliné à 45°*, qui a permis d'opérer en voyant ce qu'on faisait. Depuis le mois de décembre 1890, nous élevons systématiquement le siège suivant le procédé de Trendelenburg, avant même d'inciser la peau (2). Le ventre ouvert, nous limitons immédiatement le foyer avec trois compresses stérilisées, une au milieu, une de chaque côté, recouvrant toujours l'intestin, l'abritant bien exactement des lésions en apparence bénignes, pouvant en réalité être suppurées et une poche se rompre au moment où l'on s'y attend le moins.

Il est, en effet, d'une importance capitale non seulement de ne pas apporter une infection du dehors en n'utilisant qu'un matériel strictement aseptique, mais encore d'éviter les inoculotions péritoneales par le contenu de poches infectées, des suppurations de virulence très atténuée pouvant reprendre toute leur vigueur par l'inoculation du péritoine (1).

En employant méthodiquement les compresses stérilisées et le plan incliné. ne progressant dans les décollements qu'en avançant en même temps des compresses, de manière à avoir toujours et partout un champ opératoire bien limité, on agit sur un bassin isolé en quelque sorte du reste du ventre. on peut sans crainte y crever des poches suppurées, il n'y a pas d'inoculations de la grande séreuse péritonéale.

Une bonne précaution pour opérer ainsi sûrement en foyer limité, c'est que la malade ne fasse pas d'efforts au cours de l'opération; aussi attachons-nous une réelle importance à la manière dont est faite la *chloroformisation* et croyons-nous nécessaire de la faire continue, goute à goutte, de manière à éviter tout réveil et à avoir un sommeil absolument calme.

2° *Suppression des gros moignons et des ligatures en chaîne.* — Ici nous ne parlons pas seulement des grosses masses charnues, résultant de la constitution d'un pédicule utérin après une hystérectomie abdominale, nous avons aussi en vue les pédicules que l'on faisait, il y a quelques années, lorsqu'on enlevait des kystes de l'ovaire ou des annexes malades, prenant en masse, entre deux grosses soies entrecroisées, la partie supéro-externe du ligament large.

Ces divers pédicules exposaient à l'hémorragie par glissement du fil, à l'occlusion intestinale par adhérence d'une anse au moignon cruenté; plus tard, ils constituaient quelquefois des noyaux douloureux, causes de gênes et de tiraillements.

Tous ces accidents ont disparu depuis que l'on opère les tumeurs utérines ou annexielles comme celles des autres régions du corps, isolant complètement les parties à enlever, se contentant de lier les points qui saignent, manœuvre d'autant plus facile que l'utérus et l'ovaire sont des organes pourvus de pédicules vasculaires, ne recevant aucun vaisseau dans l'intervalle de ces pédicules, si bien que lorsqu'on connaît la situation anatomique de ceux-ci, on peut hardiment couper les parties intermédiaires sans aucune crainte d'hémorragie, A la phase, en quelque sorte expérimentale, obscure de ces opérations, a succédé aujourd'hui une phase anatomique. Par le fait même que ces opérations ont été réglées comme celles de la chirurgie des membres, elles sont devenues plus simples et leurs résultats ont changé du tout au tout.

Aujourd'hui la ligature en masse des parties doit être proscrite d'une manière absolue et l'on doit *faire la ligature isolée des vaisseaux*. Une difficulté se présentait, celle de trouver ceux-ci dans les épiploons gras et adhérents. Cette difficulté est tranchée aujourd'hui, depuis qu'avec les grosses pinces écrasantes, nous pouvons réduire ces pédicules et nous contenter de lier les vaisseaux isolés par l'écrasement de la graisse qui les entoure. Nous disons de lier les vaisseaux isolés et écrasés, parce que, dans cette question, nous sommes d'accord avec Doyen et que nous n'aimons pas, comme Tuffier, abandonner des vaisseaux simplement angiotripsiés.

3° *Suppression des surfaces cruentées.* — Un point qui nous semble avoir encore son intérêt, c'est de supprimer toutes les parties cruentées en enfouissant les ligatures et en *sutusant* avec soin le *péritoine du petit bassin*, comme on suture

(1) Pierre Delbet, De Grandmaison et Bresset. — De l'action des antiseptiques sur le péritoine. *Annales de Gynécologie*, 1891, t. I, p. 22, 130 et 201.

(2) Cet emploi systématique de la position de Trendelenburg était alors absolument nouveau à Paris; notre maître, M. Terrier, y eut rapidement recours, et actuellement son usage s'est généralisé en France. A l'époque où nous commencions à y recourir, à notre ami, Henry Delagénière, l'employait au Mans.

(1) Notre élève et ami Morax en a publié un bel exemple dans les *Annales de Gynécologie*, 1893, t. 1, p. 208. Il s'agissait d'une femme morte de péritonite suppurée à la suite de l'ablation d'une salpingite à pneumocoques. Or, tandis que le pneumocoque constaté dans le pus de la trompe n'avait donné aucune culture et n'avait pas tué la souris, si bien qu'on aurait pu le croire mort, celui de la péritonite post-opératoire a tué la souris en quarante-huit heures et a donné des cultures abondantes sur la gélose et dans le bouillon. Il avait retrouvé sa virulence par la culture dans le péritoine humain.

celui de la paroi abdominale, reconstituant à la fin de l'opération un plancher pelvien.

Telles sont les modifications principales apportées à la technique des opérations abdominales dans ces dernières années. Nous ajouterons simplement que nous recourons volontiers au *drainage* que nous faisons par l'abdomen : mais nous laissons le drain pendant un temps très court, le supprimant dès que le suintement sanguin a cessé. A la suite de cette diminution de la durée du drainage, nous avons vu disparaître à peu près complètement les fistules, qui autrefois étaient un des ennuis de nos opérations abdominales.

Enfin, après les opérations un peu longues, et chez les malades affaiblis, dans les premières vingt-quatre heures, nous *injectons*, sous la peau, un litre à un litre et demi de la *solution physiologique de chlorure de sodium.*

C'est à ces diverses modifications apportées dans notre technique opératoire que nous croyons devoir attribuer l'amélioration considérable de nos résultats.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Revue analytique et bibliographique des travaux parus pendant les six premiers mois de l'année 1899 sur la pathologie et l'hygiène de la première enfance.

Par le Dr H. DE ROTHSCHILD, Lauréat de la Faculté de Paris.

I. — L'atrophie des nourrissons.

I. — Les nourrissons véritablement dits « *atrophiques* » ne sont pas, suivant Baginsky, ceux qui, par suite de privations et de manque de soins, se trouvent dans un état d'inanition avancé et sont, pour cela même, incapables de se rétablir; ce sont ceux qui, à la suite de troubles dyspeptiques, de diarrhée, de vomissements entrecoupés de périodes de répit, diminuent progressivement de poids et s'*atrophient* alors qu'ils devraient prospérer. L'examen des selles de deux nourrissons atrophiques a révélé que, dans le premier cas, l'albumine ingérée était éliminée avec les fèces, sans avoir été utilisée, dans une proportion de 52,7 0/0; dans le deuxième cas, dans une proportion de 45,2 0/0. Dans l'un et l'autre cas, l'urine renfermait des quantités d'albumine anormales.

Cette insuffisance absolue de l'utilisation des matières alimentaires dans l'atrophie infantile est due à de graves altérations anatomiques du canal intestinal, qui en modifient la fonction. Ce fait résulte de l'examen de préparations histologiques provenant d'enfants morts depuis deux heures : la paroi intestinale présentait des lésions qui allaient progressant depuis la tuméfaction et la prolifération la plus intense de la muqueuse, des glandes et des villosités, jusqu'à la destruction complète des tissus. L'intestin n'était jamais altéré dans toute sa longueur; des parties parfaitement saines alternaient avec d'autres plus ou moins atteintes ou complètement détruites, ce qui explique que, dans certains cas, sous l'influence de la croissance toujours progressante, il peut y avoir réparation et finalement guérison de l'organe menacé.

L'auteur croit donc qu'il n'est pas possible de douter plus longtemps qu'il existe, dans l'atrophie des nourrissons, de graves lésions de la paroi intestinale. Ses nouvelles recherches n'ont fait que confirmer la conclusion tirée de ses recherches antérieures, à savoir que l'atrophie des nourrissons est la conséquence du trouble de l'assimilation, dû aux altérations atrophiques du canal intestinal.

Il n'est pas de l'avis de certains auteurs qui considèrent l'atrophie comme le résultat d'une auto-intoxication; il a examiné sous le rapport de la toxicité, l'urine d'enfants atrophiques, ainsi que des extraits aqueux du foie, de la rate et des reins de cadavres frais, et il n'a obtenu que des résultats négatifs. Tout en reconnaissant que les produits de décomposition de la digestion peuvent exercer une action toxique intercurrente, il se refuse à croire à une intoxication chronique de l'organisme de l'enfant.

L'hypothèse de Czerny, d'après laquelle l'atrophie serait due à une intoxication par les acides, ne lui paraît pas plus admissible. Il résulte, en effet, des expériences faites sur de jeunes chiens que l'alimentation à l'acide lactique et exempte de sels, les rend infailliblement rachitiques. Or, si l'hypothèse de Czerny était juste, les os des enfants atrophiques ne manqueraient pas de présenter des altérations rachitiques, ce qui n'est pas le cas.

D'autres auteurs attribuent à l'infection un rôle prépondérant dans la production de l'atrophie. Il est certain que celle-ci peut, à l'occasion, se compliquer de furonculose, de phlegmons profonds, d'intertrigo, de colécystite, d'otite moyenne, et se terminer alors d'une manière rapide. L'examen bactériologique du sang de dix malades a donné des résultats négatifs dans quatre cas; dans sept cas où le sang avait été obtenu, immédiatement après le décès, par une ponction faite au cœur, le résultat de l'examen a été positif deux fois, négatif, 5 fois. Chez trente-quatre autres malades atteints de troubles digestifs, on n'a trouvé que huit fois des micro-organismes dans le sang.

C'est donc la lésion anatomique du canal intestinal qui demeure la seule cause de l'atrophie infantile.

Comme traitement, l'auteur préconise le changement de milieu, de régime et de climat. Les soins dévoués et variés dont le malade peut être entouré dans sa famille lui paraissent une meilleure garantie de succès que le traitement uniforme et monotone de l'hôpital.

II. — La diarrhée estivale.

II. — Tout en reconnaissant, avec d'autres auteurs anglais et américains, que la mortalité infantile par suite de diarrhée est, en Australie comme ailleurs, plus grande en été que dans les autres saisons, Stawell fait observer que si, à Melbourne du moins, la mortalité par diarrhée est plus élevée les premiers jours de chaleur, il n'y a pas de rapport direct entre la courbe de la température estivale et celle de la morbidité et de la mortalité. Il considère l'effet de la chaleur comme une cause assurément importante, mais qui prédispose tout simplement à l'affection. La cause déterminante de la diarrhée, il la voit dans le lait « vieux » (stale milk) vendu dans les grandes villes. En effet, il n'a pas observé, à l'hôpital des Enfants de Melbourne, un seul cas de mort par diarrhée estivale chez les enfants nourris exclusivement au sein, ce qui le porte à croire que les nourrissons allaités par leurs mères, même placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, supportent très bien la chaleur de l'été. D'un autre côté, les renseignements qu'il a pu recueillir auprès de plusieurs confrères l'ont amené à constater qu'à la campagne, en dépit de la chaleur, de la saleté et du manque de soins, les nourrissons allaités artificiellement sont rarement pris de diarrhée et qu'au contraire, dans les grandes villes, comme par exemple à Bendigo, la morbidité des enfants élevés au biberon est aussi élevée qu'à Melbourne. Cette différence tient, suivant l'auteur, à ce que les premiers sont nourris avec du lait frais, tandis que les derniers ne reçoivent que du lait de commerce ordinaire, du lait qui a douze heures et plus et qui est par conséquent fortement altéré. Ce sont les différentes variétés de micro-organismes qui se développent dans le lait pendant les quelques heures qui s'écoulent entre la traite à la ferme et la vente à la ville, que l'auteur considère comme la cause réelle de la diarrhée estivale. Comparées à elle, les autres causes (chaleur, âge, malpropreté), n'ont qu'une valeur insignifiante.

En terminant, l'auteur insiste sur l'importance qu'il y a à ce que le lait vendu dans les villes soit le plus frais possible et déplore qu'on le méconnaisse à Melbourne, où ces dernières années, la mortalité par diarrhée estivale n'a fait qu'augmenter, à l'inverse de la natalité.

III. — Lettres à un jeune médecin sur le traitement des maladies de l'enfance.

III. — Le livre de H. Neumann sur le traitement des maladies de l'enfance se présente sous la forme de lettres adressées à un jeune praticien. Sur ces 22 lettres, 5 sont consacrées à l'introduction, le traitement hydrique, l'alimentation et la fièvre; les autres traitent des affections du nouveau-né, de la dentition, du rachitisme, des affections gastro-intestinales (4) des diverses infections (3), des affections des voies urinaires, des af-

fections chroniques (3), et enfin des affections cutanées, nerveuses et externes (3).

Cet ouvrage se recommande autant par la façon originale dont il est écrit que par l'autorité qui s'attache aux enseignements qu'il renferme. Ce n'est pas une œuvre de compilation, mais le fruit d'une longue expérience. La lettre sur l'alimentation du nourrisson est des plus intéressantes et résume les derniers progrès réalisés dans cette voie. Le traitement des troubles gastro-intestinaux, exposé dans trois lettres, mérite également de fixer l'attention.

L'auteur a consacré une lettre entière au traitement hydrique qu'il place au-dessus du traitement médicamenteux. Il préconise au reste les applications externes et insiste particulièrement sur ce fait que le succès du traitement dépend le plus souvent des soins minutieux, infatigablement prodigués à l'enfant. Il décrit le traitement de chaque maladie dans ses moindres détails et va jusqu'à donner la manière de préparer certains remèdes et leur prix de revient. Ecrit dans un style simple, exempt de mots techniques, ce livre est d'une lecture facile et attrayante et dont le profane, tout aussi bien que le praticien, peut tirer le meilleur profit.

IV. — L'alimentation artificielle de nourrissons atteints de gastro-entérite à la Polyclinique de Breslau.

IV. — Keller ne croit pas que les laits dits maternisés soient susceptibles de remplacer le lait de femme dans l'alimentation des nourrissons atteints de gastro-entérite; il ne croit pas non plus que la stérilisation du lait soit un moyen efficace pour amoindrir la morbidité et diminuer la mortalité des enfants. Il pense qu'il faut chercher la cause des troubles digestifs principalement dans la composition chimique de l'aliment, et par conséquent, modifier celui-ci de façon à prévenir les affections avant même de chercher à les guérir. Dans la gastro-entérite du nourrisson on trouve une augmentation de l'élimination de l'ammoniaque; c'est là l'indice de la formation et de l'élimination par trop considérables de produits d'échanges nutritifs acides, résultant d'une alimentation défectueuse. Or, comme dans l'intoxication par les acides, l'organisme subit une perte en alcalis fixes, il est nécessaire de donner au nourrisson malade un aliment riche en alcalis, ne renfermant que peu d'albumine et de matières grasses et additionné de grandes quantités d'hydrates de carbone de combustion facile, destinées à en augmenter la valeur nutritive.

A la suite de recherches et d'expériences, l'auteur est parvenu à préparer un aliment qu'il appelle soupe au malt (malzsuppe) et qui est une modification de la soupe de Liebig. En voici la recette : on délaie 50 grammes de farine de froment dans 33 centilitres de lait de vache et on passe le mélange au tamis. Dans un autre récipient, on fait dissoudre, à 50°, 100 grammes d'extrait de malt dans 66 centilitres d'eau auxquels on ajoute 10 cc. d'une solution de carbonate de potasse. Puis on mélange le tout et on le fait réduire par la cuisson.

Les enfants sur qui ont porté les expériences d'alimentation avec la soupe au malt, étaient tous atteints de gastro-entérite grave et n'avaient pas plus d'un an. Sur les 28 patients traités par l'auteur, 5 moururent (1 d'une pneumonie; 2 d'une aggravation aiguë des troubles digestifs et 2 de leur gastro-entérite chronique) ; les autres se sont très bien rétablis et ont continué à se développer et à augmenter de poids; aucun d'eux n'est devenu gravement rachitique.

Les résultats obtenus par Grégor à la Polyclinique de Breslau dans l'alimentation des nourrissons atteints de gastro-entérite avec la soupe au malt confirment ceux enregistrés par Keller. Leur valeur tient surtout à ce que les patients ont été soumis à une surveillance et à un contrôle prolongés. Voici, au reste, la statistique fournie à ce sujet par l'auteur. Sur 74 cas, observés 5.220 jours, il y eut 13 cas d'amélioration, 3 cas d'insuccès, 13 cas de mort et 45 cas de guérison complète. 34 enfants avaient de 3 à 9 mois; 6, plus de 9 mois et 23 moins de 3 mois. La moyenne de l'augmentation du poids était, chez les premiers, de 16 grammes par jour; chez les seconds, de 15 grammes, et chez les derniers, de 17 grammes. Dans 11 cas, le traitement était combiné et donnait une augmentation de poids de 20 grammes en moyenne par jour. Ces résultats l'emportent de beaucoup sur ceux obtenus jadis à la Polyclinique avec d'autres modes d'alimentation artificielle.

Des faits observés, l'auteur tire les conclusions suivantes :
1° Dans les cas où il s'agit d'enfants d'au moins trois mois, atteints de gastro-entérite chronique et qui ne peuvent être pourvus d'une nourrice, on doit essayer l'alimentation avec la soupe au malt et la continuer éventuellement un ou plusieurs mois;

2° Dans les cas où il s'agit d'enfants âgés de moins de 3 mois et très faibles, l'essai de cette alimentation peut être fait sous le contrôle du médecin, et à la condition que la soupe soit additionnée d'un peu d'eau;

3° Dans les cas où il s'agit d'enfants de 9 à 18 mois, qui présentent des symptômes de rachitisme graves et dont le développement est en retard, l'alimentation en question, poursuivie pendant quelque temps et éventuellement combinée avec des aliments plus consistants, tels que gruau, biscuits, légumes frais, etc.; a des chances de déterminer la guérison plus rapide du rachitisme;

4° Chez les nourrissons non atteints de gastro-entérite, mais dont le poids est inférieur à celui d'un enfant normal, nourri au sein, l'alimentation avec la soupe au malt donne au moins d'aussi bons résultats que tout autre mode d'alimentation artificielle;

5° A l'époque du sevrage, on peut combiner l'alimentation naturelle des enfants sains, faibles ou légèrement dyspeptiques, avec un ou plusieurs repas composés d'une soupe au malt, et finalement, remplacer tout à fait l'allaitement naturel par des soupes de ce genre.

V. — Nouvelle méthode pour le traitement de la stomatite ulcéreuse.

V. — Les enfants admis à l'hôpital pour stomatite ulcéreuse, sont traités par Kissel (de Moscou) de la manière suivante. On leur fait rincer la bouche toutes les heures avec une solution d'acide borique à 3 0/0 et frotter deux fois par jour toute la cavité buccale et particulièrement les gencives et les points ulcérés de la muqueuse des joues, avec un tampon d'ouate imbibé de la même solution. On leur prescrit de l'huile de foie de morue, et avant de commencer le traitement, on leur fait arracher les dents tout à fait inutiles (??). Ce traitement donne d'excellents résultats : les ulcérations disparaissent au bout de 6 à 10 jours et les enfants quittent l'hôpital parfaitement guéris. Mais si ce traitement est facile à appliquer à l'hôpital, il ne l'est pas lorsque l'enfant est soigné dans sa famille. Dans ce cas, l'auteur lui substitue le suivant : il fait arracher les dents absolument inutiles (??); avec la curette, il gratte à fond les ulcérations de la gencive, de la langue, de la muqueuse des joues, puis, avec le doigt enveloppé de mousseline, il applique par friction de la poudre iodoformée aux surfaces ulcérées; il fait essuyer la cavité buccale deux fois par jour avec un tampon d'ouate trempé dans la solution d'acide borique et rincer la bouche toutes les heures avec la même solution. Il ne fait qu'un curettage, mais les frictions sont répétées jusqu'à ce que la surface ulcérée soit cicatrisée. La guérison se produit généralement au bout de 4 jours.

Dans les cas bénins, on peut se dispenser de recourir au curettage et se borner à frictionner ou à saupoudrer d'iodoforme les surfaces ulcérées, quitte à pratiquer le curettage dans le cas où il ne se produit pas d'amélioration au bout de 2 ou 3 jours.

VI. — L'emploi d'anesthésiques dans la stomatite des enfants.

VI. — Gœppert a appliqué l'anésone (de V. Vamossy) et l'orthoforme comme anesthésiques dans 20 cas de stomatite grave. Dans tous, il a obtenu d'excellents résultats. Même dans ceux où il y avait aggravation ou persistance de l'affection, les patients pouvaient être nourris de façon à continuer d'augmenter de poids.

L'anésone a été appliqué, dans 15 cas, de la manière suivante. Un quart d'heure avant chaque repas, on badigeonnait la muqueuse, sans la frotter, au moyen d'un petit tampon d'ouate qu'on laissait quelque temps en place aux points les plus affectés. 8 à 10 grammes suffisaient pour rendre l'anesthésie complète. Cinq minutes après, nouveau badigeonnage.

Dix minutes après, le repas. Dans les cas de stomatite ulcéreuse on plaçait, en outre, dans l'orifice buccal, un tampon d'ouate imbibé d'anésone.

Quant à l'orthoforme, on l'insufflait une première fois, 20 minutes et une deuxième fois, 10 minutes avant le repas.

VII. — Un symptôme de la période d'incubation de la coqueluche.

VII. — Illoway rapporte deux cas de coqueluche qu'il a observés dès le début de l'incubation. Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille de 5 ans qui était prise, quatre ou cinq fois par jour et surtout à la suite d'exercices prolongés, d'une légère toux « hachée ». Ni la gorge, ni le larynx, ne présentaient rien d'anormal. Pendant quinze jours, cette toux ne se produisait que le jour; puis, on l'observa aussi la nuit. Au bout de trois semaines, l'enfant commença à se plaindre de se fatiguer vite quand elle courait. Vers la fin de la quatrième semaine, la toux changea subitement de caractère et le catarrhe se déclara. L'attaque fut grave et de longue durée.

Dans le second cas, celui d'une petite fille de 3 ans, la toux hachée s'observa pendant quinze jours dans des conditions absolument identiques. Deux ou trois jours après, le catarrhe était complètement développé. L'affection revêtit, dans ce cas, une forme moins grave que dans le premier cas.

L'auteur considère cette toux hachée comme un vrai signe pathognomonique de la pénétration, dans le corps, de l'agent pathogénique de la coqueluche. Il croit que la violence de l'infection, la gravité et la durée de la maladie sont proportionnées à la durée de la période d'incubation. Si le symptôme en question venait à être reconnu par d'autres observateurs comme vraiment pathognomonique, il mettrait le médecin à même d'enrayer le mal par l'application prompte d'agents bactéricides (??).

VIII. — La tétanie dans l'enfance.

VIII. — Le seul symptôme pathognomonique de la tétanie est, suivant Morse, une contraction musculaire paroxysmale, intermittente, spontanée. Le siège par excellence de ces contractions se trouve dans les muscles de l'avant-bras. Il est rare que, dans les cas bénins, les articulations de l'épaule et du coude soient également affectées. Le terme *tétanie* ne doit s'appliquer qu'aux cas où ces contractions existent. Celles-ci se trouvent fréquemment associées à d'autres symptômes, tels que les symptômes d'Erb et de Trousseau, l'irritabilité faciale de Chvostek, le laryngospasme et les convulsions. Dans certains cas s'observent aussi des troubles sensoriels, des troubles vaso-moteurs et trophiques et notamment l'œdème du poignet et de la cheville. L'existence de ces symptômes non associés à des contractions, ne constitue pas la tétanie latente; car, certains de ces symptômes, comme le laryngospasme, le signe de Trousseau et celui de Chvostek n'existent pas d'une manière constante dans tous les cas de contractions typiques et ils peuvent, d'un autre côté, se produire dans des cas où il n'y a pas de tétanie. Ils ne sauraient donc servir à établir le diagnostic de tétanie ou de tétanie latente.

L'auteur croit que, comme l'épilepsie, la tétanie est déterminée par plusieurs causes et qu'elle doit être considérée non comme une affection, mais tout simplement comme un symptôme. Selon lui, les troubles gastro-intestinaux, le rachitisme et certaines affections aiguës donnent lieu à la formation de substances toxiques capables de déterminer une modification spéciale, fonctionnelle plutôt qu'organique, des symptômes centraux et périphériques. Il est probable que les lésions variées du système nerveux dans la tétanie sont dues à l'action de ces substances toxiques.

IX. — De la pseudo-paralysie syphilitique.

IX. — Après avoir discuté les cas de pseudo-paralysie hérédo-syphilitique chez le nourrisson, rapportés par Parrot, Henoch, Heubner, Reuter et Pollak, Oberwarth relate les douze cas qu'il a observés et en tire les conclusions suivantes :

Dans nos cas, la pseudo-paralysie disparut après quelques semaines de traitement antisyphilitique, sans laisser le moindre trouble nerveux; l'épreuve de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles ne révéla rien d'anormal. Le tableau clinique s'explique par la seule existence d'une affection spécifique des os; c'est-à-dire, la pseudo-paralysie syphilitique infantile typique consiste en une ostéochondrite spécifique qui a son siège le plus souvent à la limite épiphysaire des os longs, de préférence à l'épiphyse humérale supérieure, et qui s'observe sous les formes les plus diverses, depuis l'irritation périostale légère jusqu'au décollement de l'épiphyse; elle présente le tableau d'une paralysie complète, plus ou moins douloureuse des extrémités; elle n'intéresse pas le système nerveux.

X. — Clinique des tumeurs du cervelet.

X. — Le travail de Wolf sur les tumeurs tuberculeuses du cervelet renferme l'observation personnelle d'un cas où, en l'espace de neuf mois, l'auteur pratiqua 17 fois la ponction lombaire, et ensuite une statistique de 25 cas recueillis dans diverses publications allemandes et étrangères. La tumeur était localisée huit fois dans l'hémisphère droit et quatre fois dans l'hémisphère gauche; quatre fois elle affectait l'appendice vermiforme et les deux hémisphères; deux fois, l'appendice vermiforme seul; une fois, l'appendice vermiforme et l'hémisphère gauche; une fois, le pédoncule droit du cervelet et une fois, l'hémisphère droit et le pédoncule du cerveau.

L'auteur résume son travail comme suit : Des tubercules peuvent exister dans le cervelet sans provoquer de symptôme morbide, ce qui fait qu'on ne saurait jamais déterminer d'une manière précise la durée de l'affection dans chaque cas particulier, puisque le mal peut évoluer d'une façon latente jusqu'à l'apparition des premiers symptômes.

Dans la plupart des cas, la tuberculose du cervelet est associée à celle des autres organes.

Les symptômes des tumeurs tuberculeuses du cervelet ne se succèdent pas dans un ordre déterminé; ils ne permettent pas de faire un diagnostic exact de la localisation.

L'expérience clinique nous oblige à considérer le cervelet comme un organe distinct dont les différentes parties ne remplissent pas de fonctions différentes.

A l'encontre d'autres cliniciens, l'auteur n'a pas eu l'occasion de voir la ponction lombaire suivie d'effets fâcheux; au contraire, il a constaté à plusieurs reprises la disparition, à la suite de l'opération, de violentes céphalalgies.

XI. — Noma.

XI. — Dans le cas de noma qu'il rapporte, Klautsch appliqua le traitement suivant : Excision des masses nécrosées, cautérisation au nitrate d'argent, application de compresses sur la joue et lavage de la bouche avec du permanganate de potasse. Le patient mourut quinze jours après l'opération.

Il résulte des observations publiées jusqu'à ce jour, que le noma affecte notamment des individus dont l'état et le développement sont au-dessous de la normale, ou qui sont affaiblis, débilités par des maladies quelconques, mais surtout par des maladies infectieuses (rougeole, typhus, malaria), ou qui sont atteints de scrofule, de tuberculose au de rachitisme. Le noma n'est qu'un processus secondaire. L'auteur doute qu'il soit déterminé par un seul agent pathogène spécifique; il incline plutôt à croire qu'il est produit par plusieurs microorganismes se rencontrant sur un terrain bien préparé à la nécrobiose. Comme il n'y a jamais eu d'épidémie de noma et que cette affection ne s'observe que chez les enfants affaiblis, il n'y a pas de raison de la croire contagieuse.

XII. — L'irrigation intestinale dans la diarrhée infantile.

XII. — Les cas de diarrhée infantile les plus graves présentent les symptômes de toxémie grave. Hubbard distingue deux variétés de cas : dans l'une, l'enfant se trouve dans un état comateux, les paupières mi-closes et les yeux voilés; dans l'autre, il a les yeux brillants, il ne dort pas, remue et s'agite constamment. Comme l'infection peut débuter à n'importe quel point du canal intestinal, le traitement idéal consisterait à inonder tout le trajet, depuis la bouche jusqu'à l'anus. Mais cela étant impossible, on se borne à faire, ou le lavage de l'estomac, ou l'irrigation des parties intestinales qui peuvent être atteintes. Pour faire l'irrigation, on met l'enfant dans la position de lithotomie et on introduit une forte sonde en caoutchouc mou stérilisée, reliée à une seringue. Le trop plein du liquide injecté (eau ou solution de sel, à une température de 85 à 90° F.) s'écoule le long de la sonde, ou par la sonde même

quand on en détache la seringue. Dans la plupart des cas on peut introduire la sonde de tout son long, et par l'irrigation, non seulement nettoyer la partie intestinale qu'elle atteint, mais encore évacuer la partie supérieure, grâce aux mouvements péristaltiques provoqués. L'irrigation de l'intestin a surtout pour effet d'abaisser la température; elle calme aussi les patients agités et les porte à dormir ; enfin, elle ralentit le pouls.

XIII. — Scorbut infantile.

XIII. — Symes rend compte des observations faites sur 379 cas de scorbut infantile, étudiés par 138 médecins américains. Cette affection se développe de préférence vers l'âge de 10 mois, généralement entre le 7e et le 14e mois, le plus tôt à l'âge de 3 semaines et le plus tard à 9 ans. Elle s'observe principalement chez les enfants de familles riches ou aisées, qui se trouvent d'ordinaire dans les meilleures conditions hygiéniques. Elle s'accompagne principalement de diarrhée et d'indigestion. Les recherches auxquelles ces cas ont donné lieu ont surtout porté sur les aliments qui avaient été donnés aux patients; en voici le résultat :

Le lait stérilisé avait été le principal aliment dans		107 cas
La préparation Mellin	—	83 —
Le lait au malt	—	48 —
Le lait condensé	—	38 —
La préparation amylacée	—	24 —
Le lait pasteurisé	—	20 —
Le lait bouilli ordinaire	—	16 —
Le lait peptonisé	—	14 —
La préparation Reed et Carnrick	—	13 —
Les mets ordinaires	—	12 —
Le lait de femme	—	12 —
« Imperial granum »	—	6 —
Le lait cru	—	5 —
La farine lactée	—	4 —
La préparation de Liebig	—	2 —
La farine lactée Nestlé	—	2 —

Les principaux symptômes observés se répartissent ainsi qu'il suit : 1° hémorragies (dans 368 cas); 2° tuméfaction des membres (dans 344 cas); 3° pseudo-paralysie (dans 319 cas); 4° mouvements douloureux (dans 314 cas); 5° gommes ; 6° anémie et athrepsie.

Le changement de régime, le jus de viande, le jus de fruit, avec ou sans médication, constituait le traitement le plus efficace.

Conclusions : Le scorbut infantile se développe à la suite de l'application prolongée d'un régime qui ne convient pas à l'enfant. L'emploi des préparations lactées et du lait stérilisé est susceptible d'être suivi de scorbut. Cette affection a d'autant plus de chances de se développer que l'alimentation de l'enfant s'écarte davantage de l'alimentation naturelle. Cependant, l'alimentation au lait stérilisé ne peut être invoquée que dans 28 0/0 des cas (note personnelle).

XIV. — Clinique et diagnostic de la tuberculose du premier âge.

XIV. — Le travail de Bulins sur la clinique et le diagnostic de la tuberculose chez les enfants du premier âge peut se résumer comme suit :

En l'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats, la tuberculose du premier âge ne présente, en dehors des affections tuberculeuses de la peau et des os qui s'observent dans certains cas, aucun symptôme qui, pris individuellement, puisse servir à établir un diagnostic certain.

D'un autre côté, elle provoque un si grand nombre de symptômes pathologiques, qu'elle se reconnaît, dans la plupart des cas, à la présence simultanée d'une série de ces symptômes.

Voici les faits qui peuvent servir au diagnostic de la tuberculose en général, ainsi qu'à celui de ses formes chroniques :

1° La révélation par l'anamnèse, soit de l'hérédité, soit de la possibilité de l'infection par des personnes étrangères à la famille ;

2° Certains symptômes légers de nature chronique, changement d'humeur subit, caractère morose ;

3° La consomption lente, malgré un bon appétit, une bonne digestion, une excellente alimentation et en l'absence d'autres facteurs qui pourraient la déterminer ;

4° La tuméfaction, même légère, des glandes supra-claviculaires, ainsi que celle des glandes mésentériques rendues palpables ;

5° Les accès de toux caractéristiques ;

6° Les affections tuberculeuses des téguments et des os ;

7° La marche torpide ou dyscrasique d'affections cutanées non spécifiques (furonculose, eczéma), en l'absence d'autres causes qui pourraient les produire.

Les faits qui peuvent servir au diagnostic de la tuberculose aiguë sont :

1° L'inquiétude et l'agitation qui ne s'expliquent pas bien par l'état du patient ;

2° Les convulsions, en l'absence de facteurs susceptibles de les déterminer ;

3° L'absence de diarrhée et de néphrite. (La présence de l'un ou de l'autre contre-indiquent la tuberculose.)

4° La cyanose, ainsi que l'accélération particulière de la respiration quand elle n'est pas en rapport avec l'état des poumons et que le thorax n'est pas rachitique ;

5° L'expectoration de crachats volumineux ;

6° Les collapsus passagers chez des enfants encore peu affectés et non atteints d'entérite ;

7° Les ronchus vésiculaires et l'infiltration étendue des poumons.

XV. — Des néphrites survenant au cours de la gastro-entérite des enfants.

XV. — Comme Escherisch, Booker, Fischl et Moser, Koplik croit que les troubles intestinaux des enfants ne constituent pas toujours une simple entité. Il y a des diarrhées estivales dont la marche est simple; il en est d'autres qui s'accompagnent de complications pulmonaires ou rénales. Booker, qui a fait au John Hopkins Hospital, des recherches relatives à la bactériologie de la diarrhée, a trouvé que ces complications ne se produisaient que dans les cas où les streptocoques remplacent dans des selles le coli-bacille et le lactis aerogenes Koplik, qui a étudié la question au point de vue clinique, est d'un avis différent. Pour lui, les streptocoques ne jouent pas un rôle aussi important dans la production de ces complications. Celles-ci n'existent pas dans tous les cas où les selles renferment des streptocoques, et d'un autre côté, le nombre de cas qui se compliquent de néphrite est bien plus grand que le nombre de ceux où s'observent les streptocoques. L'auteur est donc porté à croire que les troubles intestinaux graves compliqués de pneumonie ou de néphrite aiguë ou subaiguë sont plutôt dus à l'absorption, par la muqueuse de l'intestin, de toxines élaborées dans certains foyers de l'intestin grêle.

La diarrhée compliquée de néphrite présente deux sortes de symptômes dont l'une est propre à l'affection primaire, et l'autre, à l'infection rénale. Dans les formes graves, le patient est très agité, probablement en raison du trouble fonctionnel du rein. Cette agitation est permanente et alterne avec des périodes de stupeur. Les vomissements disparaissent, dans les cas bénins, à la suite de deux ou trois lavages de l'estomac ; dans les cas graves, ils sont incoercibles et d'origine urémique dans la majeure partie des cas. Dès qu'ils cessent, l'état du patient s'améliore. L'œdème cutané est un autre symptôme fréquent; il s'observe surtout à la surface interne des cuisses où la pression prolongée des doigts laisse son empreinte caractéristique. Il y a souvent diminution considérable, voire suppression complète de la diurèse. Les quelques gouttes d'urine qu'on peut recueillir avec la sonde déposent des urates et renferment de petites quantités d'albumine, des éléments figurés du sang et des épithéliums rénaux.

La néphrite qui s'observe dans les troubles gastro-intestinaux se distingue donc de la néphrite ordinaire par des symptômes particuliers, par le prompt rétablissement de la diurèse et par l'absence de lésion rénale. Koplik croit que par suite de l'énorme perte de liquide, les toxines circulent dans les reins sous une forme concentrée, mais qu'une fois cette perte réparée, elles sont éliminées du rein, qui revient dès lors à ses fonctions et à son activité normales. Pour remédier à la sup-

pression de l'urine, à l'amaigrissement rapide et à la concentration des toxines, l'auteur recommande les lavages de l'estomac et les irrigations rectales pratiquées de manière qu'après le retrait de la canule, il reste encore une grande quantité d'eau dans l'intestin. Comme traitement médicamenteux, il se borne à administrer du sous-nitrate de bismuth à haute dose. Dans tous les cas, il supprime le lait, prescrit de l'eau albumineuse ou du jus de viande délayé dans de la tisane d'orge et proscrit l'opium, le mercure, le salol et autres antiseptiques intestinaux qui ne font qu'aggraver la toxémie et, en irritant le rein, le trouble fonctionnel de cet organe.

XVI. — Contributions statistiques à la théorie de la scrofulose.

XVI. — En partant de cette théorie de Virchow que la scrofulose est un trouble de la nutrition, Monti distingue, dans cette maladie, trois stades ou périodes.

Dans la première période s'observent les affections scrofuleuses qui sont dues à la défectuosité de la structure histologique des tissus, à l'insuffisance des mutations intra-organiques et aux états consécutifs qu'elle détermine ; telles sont : l'atonie musculaire, le développement défectueux du pannicule adipeux, la torpeur et l'éréthisme de la peau, l'extrême délicatesse du système osseux, l'anémie, la faiblesse du cœur, la tuméfaction hypertrophique légère des ganglions lymphatiques, les troubles digestifs et respiratoires.

Dans la deuxième période s'observent, en plus du trouble de la nutrition, des processus inflammatoires de la peau, des muqueuses et du périoste. Ces processus sont déterminés par des influences extérieures et se distinguent par leur peu de tendance à guérir et leur forte tendance à récidiver.

La tuberculose ne saurait être considérée, dans ces deux stades, comme la cause première de la scrofulose. A vrai dire, il peut se produire une infection tuberculeuse, mais elle n'affecte que les organes internes.

Dans la troisième période rentrent tous les cas où, par suite de l'intervention des bacilles de la tuberculose, les processus scrofuleux se transforment en processus tuberculeux et où, par conséquent, s'observe la tuberculose des ganglions lymphatiques, de la peau, des os et des articulations.

L'auteur établit ensuite la fréquence relative de chacune des trois périodes en s'appuyant sur les 57.585 cas de scrofulose traités à la Polyclinique de Vienne, les 5.548 cas traités dans son propre service et les 2.555 cas traités à l'hospice maritime de San Pelagio, près Rovigno, et à l'hospice des Enfants de Salzbach, près Isch. Enfin, il résume son travail dans les propositions générales suivantes :

1° Il importe de maintenir la distinction établie entre la scrofule et la tuberculose dans les deux premiers stades où l'existence de produits tuberculeux ne peut être démontrée ; 2° la fréquence de la scrofulose est d'environ 9 0/0 de la totalité des affections traitées dans les différents services de la Polyclinique de Vienne ; 3° elle est très faible dans le premier âge le plus élevée entre 1 et 5 ans ; moindre et à peu près la même aux époques suivantes ; 4° la fréquence relative des stades est d'environ 10 0/0 pour le premier, 68 0/0 pour le second et 22 0/0 pour le troisième ; 5° la curabilité varie suivant les stades : dans le premier, elle est de 87 0/0, dans le second de 85 0/0 et, suivant les affections locales, de 80 à 91 0/0 ; dans le troisième, de 60, et suivant les affections locales, de 32 à 82 0/0 ; 6° la mortalité varie également suivant les stades : elle est d'environ 1 0/0 dans le premier, 3 0/0 dans le second et de 8 0/0 dans le troisième ; 7° dans la première période, la mort est causée principalement par la tuberculose des organes internes et notamment des poumons, ou par d'autres processus infectieux intercurrents ; dans la seconde, principalement par la tuberculose pulmonaire et intestinale ; dans la troisième, notamment par la méningite tuberculeuse, la dégénérescence amyloïde des organes internes et dans un certain nombre de cas, par une infection chronique.

BIBLIOGRAPHIE

ADAMS (S.-S.) — Fevers in children, their significance, general diagnostic value, and antipyretic treatment. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 241.

ADAMS (S.-S). — The results in administering the antitoxin of diphtheria as an immunizing agent. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 409.

ALDRICH (Ch.). — Head-nodding and head rotation usually associated with nystagmus in very young children. — *Amer. Journ. Med. Sc.*, CXVII, 1899, p. 158.

DE AMICIS & PACCHIONI. — Sulla leucocitosi nella pertosse. — *Clinica med.*, 1899, p. 51.

AUSSET. — Athrepsie (trad.). — *Geneesk. Courant.*, LIII, 1899, n° 6.

BAGINSKY (A.). — Zur Kenntniss der Atrophie der Säuglinge. — *Deut. med. Woch.*, XXV, 1899, p. 281-284.

BAGINSKY (A.). — On the atrophic marasmus of nurslings (so-called hospitalism or athrepsy of Parrot). — *Brit. Med. Journ.*, I, 1899, p. 1084.

DE BARY (J.). — Rachitischer Zwergwuchs, Endocarditis chronica, das Bild infantilen Myodems darstellend. — *Arch. f. Kinderheilk.*, XXVI, 1899, p. 253.

BERKELEY (W.-N.). — Enlarged liver and spleen in infancy. A study of the etiology (et discussion). — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 447.

BERTON (L.). — Ueber Säuglingspflege und ihre Erfolge. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 224.

BIGLER (W.-H.). — The value of variations of temperature as indications for treatment in diseases of children. — *Hahnemann Monthl.*, XXXIV, 1899, p. 96.

BINZ (C.). — Chinin gegen den Keuchhusten. — *Jahrb. f. Kinderheilk*, XLIX, 1899, p. 115.

BLAKELY (D.-N.). — Acute middle ear inflammation as a complication of scarlet fever and of measles. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 499-505.

BLECH (G.-M.). — Eudoxine in pediatric practice. — *New-York Med. Jour.*, LXX, 1899, p. 51.

BLUM (S). — Ein Fall von Pyocyaneus-Septikämie mit komplizierender Pyocyaneus-Endocarditis im Kindesalter. — *Centralbl. f. Bakteriol.*, XXV, 1899, p. 113.

BOKAY (J. von). — Beitrage zur Kenntniss des congenitalen Hydrocephalus externus. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 77.

BRUNI (U.). — Sulla presenza dei blastomiceti nell'intestino di bambini diarroici. — *Suppl. al Policlin.*, V, Roma, 1898-99, p. 129.

BULIUS (W.). — Zur Klinik und Diagnostik der Tuberkulose im ersten Kindesalter. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 204.

CAILLÉ (A.). — Medical clinic on diseases of children — *Tri-State M. J. and Pract.*, VI, 1899, p. 16.

CARR (W.-L.). — A report on cases of measles. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 1.

CHAPIN (H.-D.). — Cases of tubercular meningitis with peculiar respiratory phenomena. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 81.

CLASS (W.-J.). — The micro-organism of scarlet fever. — *Chicago Med. Recorder*, 1899, p. 373.

COMBA (C.) & SIMONETTI (G.). — Cura delle laryngostenosi acute nei bambini. — *Pediatria*, VII, 1899, p. 75.

CONCETTI (L.). — Sopra alcune forme anormali di pulmonite lobare nei bambini. — *Pediatria*, VII, 1899, p. 129.

CRANDALL (F.-M.). — Inanition fever. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 174.

CRAMER (H.). — Der Argentumkatarrh des Neugeborenen. — *Centralbl. f. Gynaek.*, XXIII, 1899, p. 241.

DESSAU (S.-H.). — Summer heat and the summer diarrhœa of infants. — *New-York Med. Jour.*, LXX, 1899, p. 59.

DŒSSEKER (W.). — Ein Fall von infantiler Cerebrallahmung bei Drillingsgeburt. (Chez le dernier venu d'un accouchement triple.) — *Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, XXIX, 1899, p. 65 et 97.

EINHORN (M.). — Membranous enteritis and its treatment. — *Med. Record*, LV, 1899, p. 113-116.

ESCHERICH (T.). — Die Bedeutung der Bacterien in der Aetiologie der Magen-Darmerkrankungen der Sauglinge. — *Wien. med. Woch.*, XLIX, 1899. p. 170. et *Verh. d. 15. Versamml. d Gesellsch. f. Kinderheilk., Dusseldorf*, 1898. Wiesbaden, 1899, p. 1-19.

ESCHERICH (T.). — Ein weiterer Fall von Pseudotetanus. — *Verhandl. d. 15. Versamml. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., Düsseldorf*, 1898. Wiesbaden, 1899. Bergmann, 8°, p. 177-181.

ESCHERICH (Th.). — Ueber Streptokokkenenteritis im Säuglingsalter. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 137.

D'ESPINE et JEANDIN. — Vaccine généralisée à forme éruptive. — *Verhandl. d. 15. Vers. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., Düsseldorf*, 1898, Wiesbaden, 1899. Bergmann, 8°, p. 82-8[illegible]., et *Arch f. Kinderheilk.*, XXVI, 1899, p. [illegible]21

FERGUSON (J.-B.). — Umbilical hæmorrhage. — *Mass. Med. Jour.*, XIX, Boston, 1899, p. 55.

FINIZIO (G.). — Ricerche sulla glucosuria alimentare nell'infanzia. — *Pediatria*, VII, 1899, p. 7.

Fischer (L.). — Summer complaints in children. — *Med. Record*, LV, 1899, p. 857.

Fischl (R.). — Zur Kenntniss der Encephalitis beim Säugling. — *Verhandl. d. 15. Versamml. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., Düsseldorf*, 1898. Wiesbaden, 1899. Bergmann, 8°, p. 110-118, et *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 58.

Fischl (R.). — Ueber die Anamieen im frühen Kindesalter, *id.* p. 206-220, et *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 26.

Fladger (J.-M.). — Pseudo-membranous enteritis. — *Charlotte Med. Jour.*, XV, 1899, p. 183.

Froelich (C.). — Tannopin, ein neues Antidiarrhoicum. — *Münch. med. Woch.*, XLVI, 1899, p. 961.

Gœppert (Fr.). — Ueber die Anwendung schmerzstillender Mittel bei Munderkrankungen der Kinder. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p 101.

Gottheil (W.-S.). — Black tongue, with photograph of a case and brief consideration of its etiology. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 255.

Graham (E.-E.). — A case of ileo-colitis in a child aged six years, simulating intussusception. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 93.

Gregor (R.). — Ueber Erfolge künstlicher Ernährung magendarmkranker Säuglinge in der Poliklinik (Breslau). — *Verhandl. d. 15. Versamml. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., Düsseldorf*, 1898. Wiesbaden, 1899, Bergmann, 8°, p 104.

Guaita (B.). — A proposito della cura delle mallatie gastro-intestinale a mezzo della dieta idrica. — *Gazz. med. lomb.*, LVIII, 1899, 1, 11, et Milan, 1899, 30 p.

Guida (T.). — Patogenesi e cura di alcune malattie respiratorie acute dei neonati e dei lattanti. — *Pediatria*, VII, 1899, p. 19.

Guizzetti (P.). — Per l'etiologia e l'istologia patologica della stomatite ulcerosa. — *Arch. per le sc. med.*, XXIII, 1899, p. 1-23.

Head (G.-D.). — The estimation of leucocytes of the blood as an aid in the diagnosis of diseases of children.— *Northwest. Lancet*, XIX, Saint-Paul, 1899, p. 21.

Heubner (O.). — Urotropin in der Kinderpraxis. — *Therap. d. Gegenwart.*, n. s , I, 1899, p. 63-67.

Homburger (Th.). — Ueber acuten infectiosen Katarrh der oberen Luftwege und katarrhalische Pneumonie. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 442.

Horn (F.). — Ueber Darminvagination des Neugeborenen. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 399.

Hubbard (J.-C.). — Irrigation of the bowel in fermental diarrhœa. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 263.

Huber (F.). — Teratoma of sacrum and coccyx. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 16.

Keller (A.). — Malzuppe, eine Nahrung für magendarmkranke Säuglinge. — *Jena*, 1898, G. Fischer, 122 p. 8°.

Keller (A.). — Ueber künstliche Ernährung magendarmkranker Säuglinge in der Klinik (Breslau). — *Verhandl. d. 15. Versamml. d. Gesellsch f. Kinderheilk., Düsseldorf*, 1898. Wiesbaden, 1899. Bergmann, 8°, p. 97-103.

Kilham (E.-B.) & Mercelis (E.).— Hemorrhagie disease of the new born. A report of ten cases. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 161.

Kiesel (A.). — Ein neue Behandlungsmethode der Stomatitis ulcerosa. — *Arch. f. Kinderheilk.*, XXVI, 1899, p. 67.

Klautsch (A.). — Ueber Noma. — *Arch. f. Kinderheilk.*, XXVI, 1899, p. 245.

Koplik. — Nephritis complicating gastro-enteritis in infants und children. — *Med. Record*, LV, 1899, p. 451.

Künkler. — Ueber Orexintannat in der Kinderpraxis — *Allg. med. Cent-. Ztg.*, LXVIII, Berlin, 1899, p. 1.

Illoway. — A symptom of the incubating stage of pertussis. — *Pediatrics*, 1899, p. 63.

Jacobi (A.). — Diseases of children. — *Med. Fortnightly*, XV, 1899, p. 163-167.

Lange (J.). — Ueber Myxoedem des frühen Kindesalters. — *Verhandl. d. 15. Versamml. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., Düsseldorf*, 1898. Wiesbaden, 1899, Bergmann, 8°, p. 268-279.

Langer (J.). — Situs inversus totalis with cardiac malformation in a boy of six months. — *Prager med. Woch.*, XXIV, 1899, p. 85.

Laughlin (W.-H.). — The disorders of nutrition in childhood. — *Maritime M. News*, XI, 1899, p. 1.

Lawson (A.) et Sutherland. — Albuminuric retinitis in a child. — *Brit. Med. Jour.*, I, 1899, p. 666.

Lissner (M.). — Ein Fall diphtherischer Infection eines Neugeborenen. — *Arch. f. Kinderheilk.*, XXVI, 1899, p. 371.

MacCaw (J.). — Aids to the diagnosis and treatment of diseases of children (medical), 2e édition. — London, 1899. Baillière, Tindall & Cox, 242 p. 8°.

Marcy (M.-S.). — Broncho-pneumonia : its differential diagnosis and treatment in children. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 98.

May (Ch -H.). — Acute inflammation of the middle ear complicating searlet fever and measles. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 489-498.

Monti. — Statistiche Beiträge zur Lehre von der Scrophulose. — *Arch. f. Kinderheilk.*, XXVI, 1899, p. 162.

Morse (J.-L.). — Tetany in infancy. — *Jour. Amer. Med. Assoc.*, XXXI, 1898, n° 19.

Muggia (A.). — Sulla incezioni di lecitina e di tuorlo d'uovo nella cura dell'anemia e di atrepsia infantile. — *Pediatria*, VI, 1898, p. 202.

Mya (G.). — Sulla patogenesi delle paralisi difteriche tardive. — *Pediatria*, VII, 1899, p. 1.

Neumann (H.).— Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. *Berlin*, 1899. O. Coblentz, 285 p., 8°.

Oberlaender (O.). — Die diätetische Behandlung des Darmkatarrhs bei Kindern. — *Thèse de Bonn*, 1899.

Oberwarth. — Zur Kenntniss der syphilitischen Pseudoparalyse. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 462.

Pfaundler (M.). — Ueber die Lumbalpunction an Kindern. — *Verhandl. d. 15. Versamml. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., Düsseldorf*, 1898. Wiesbaden, 1899, Bergmann, 8°, p. 245-256.

Savoyer (F.-W.). — Report of case of cholera infantum. — *Ann. Gynec. and Pediat.*, XII, Boston, 1898-99, p. 264.

Schlesinger (E.). Die Erkrankungen der Thymusdrüse bei der hereditären Syphilis. — *Arch. f. Kinderheilk.*, XXVI, 1899, p. 205.

Schmid (A.). — Beiträge zur Casuistik und Aetiologie der Becken- und Nabelabscesse im Kindesalter. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 247.

Schreiber (E.). — Ueber die cerebralen Störungen in Verlauf des Keuchhustens. — *Arch. f. Kinderheilk.*, XXVI, 1899, p. 1.

Sequeira (J.-H.). — Diabetes in a child aged three years ; almost complete disappearance of the sugar during an attack of jaundice. — *Lancet*, 1899, II, p. 144.

Shegalow (J.-P.). — Ein Fall von Balantidium coli bei einem 5 jährigen Mädchen — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 425.

Siegert. — Ueber typische Osteomalacie im Kindesalter. — *Verhandl. d. 15. Vers. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., Düsseldorf*, 1898. Wiesbaden, 1899, Bergmann, 8°, p. 229-243.

Siegert (F.). — Ueber die Anämieen im frühen Kindesalter. — *Verhandl. d. 15. Versamml. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., Düsseldorf*, 1898. Wiesbaden, 1899, Bergmann, 8°, p. 206-222, et *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 44.

Southworth (T.-S.).— A common cause of crying in the newborn. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 181.

Spitzy (H). — Ueber das Vorkommen multipler, chronischer, deformirender Gelenkentzündungen im Kindesalter. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 285.

Stawell (R.-R.). — Summer diarrhœa. — *Internat. Med. Jour. of Australasia*, IV, 1899, p. 146.

Symes (L). — Report on diseases of children. — *Dublin Journ. Med. Sc.*, CVII, 1899, p. 141.

Tanzi (E.). — Les rapports de la cérébroplégie infantile avec l'idiotie. — *Riv. patol. nerv. e mentale*, IV, 1899, p. 193-216.

Taylor (J.-M) & Wells (W.-H.). — Manuel of diseases of children. — *London*, 1899. Kimpton, 743 p. 8°, (avec 31 illustrations).

Tchernoff. — Sclérodermie diffuse consécutive à la fièvre scarlatine. — *Wratch*, 1899, n 4°, p. 93.

Thomson (J.). — Note on the tendency in some syphilitic families for certain organs and tissues to be specially affected. — *Scotish Med. & Surg. Jour.*, IV, 1899, n° 1.

Timacheff. — Le tannoforme dans les entérites infantiles. — *Dietsk. Meditsina*, 1899.

Tobiesen (Fr.). — Ueber Elephantiasis congenita hereditaria. — *Jahrb. f. Kinderheilk*, XLIX, 1899, p. 393.

Trowbridge (G.-R.). — Cholera infantum. — *Buffalo Med. Jour.*, XXXVIII, 1898-99, p. 409.

Turner (A.-L.). — Tubercular tonsils and adenoids as the etiology of enlarged cervical lymph glands. — *Progressive Medicine*, I, 1899.

Vinke (H.-H.). — Thyroid feeding as an aid in the development of backward children. — *Med. Record*, LV, 1899, p. 529.

West (J.-P.).— Tracheocele. — *Arch. Pediat.*, XVI, 1899, p. 251.

Wolf (H.). — Zur Klinik der Kleinhirntuberkel. — *Arch. f. Kinderheilk.*, XXVI, 1899, p. 321.

Würtz (A.). — Ein Beitrag zur posttyphösen Periostitis im Kindesalter. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 1899, p. 12.

Zappert (J.). — Ueber Degeneration im Rückenmarke und der Medulla oblongata des Kindes.— *Verhandl. d. 15. Versamml. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., Düsseldorf*, 1898. Wiesbaden, 1899, Bergmann, 8°, p. 221-228.

THÉRAPEUTIQUE

Carbonate de créosote ou créosotal.

Le carbonate de créosote ou créosotal est définitivement entré dans la thérapeutique.

La thèse récente, très documentée, de Fournier « sur le traitement des infections broncho-pulmonaires par le carbonate de créosote » montre que si ce médicament est d'une action faible sur le bacille de Koch, par contre, il est d'une action antiseptique très nette sur les bactéries si souvent associées au bacille tuberculeux, c'est-à-dire : staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, etc.

Bref, il permet de réaliser l'antisepsie générale et locale des infections broncho-pulmonaires aiguës : pneumonie, bronchopneumonie, bronchite, coqueluche, etc., etc.

Pour qu'il donne son plus grand effet thérapeutique, le carbonate de créosote ou créosotal doit être pur et présenter les caractères suivants : incolore, sans odeur ni saveur, non caustique.

Ces qualités se trouvent réunies au plus haut degré dans le créosotal Simb.

VARIA

Comment certains Conseils généraux comprennent les devoirs d'assistance.

Nous lisons dans le *Petit Parisien* du 27 août :

« L'assistance médicale gratuite ne fonctionne pas dans le département de Lot-et-Garonne ; le Conseil général, invité par le préfet sur l'ordre du Ministre, à créer à cet égard une organisation et des ressources, a non seulement refusé de s'exécuter, mais encore il a émis un vœu tendant à obtenir la revision de la loi du 15 juillet 1893. Les raisons qu'ont fait valoir les représentants de l'assemblée départementale de Lot-et-Garonne pour motiver leur refus d'obtempérer aux prescriptions de la loi sont d'ordre varié. Les uns ont estimé que le texte voté par les Chambres est susceptible d'entraîner des abus trop considérables de dépense et qu'il a l'inconvénient d'imposer la façon dont la charité et l'assistance doivent être pratiquées. M. Ballet a dit qu'il était plus urgent de faire des tramways départementaux que d'organiser le service d'assistance médicale gratuite, estimant que la charité est largement faite et suffit amplement aux besoins constatés dans le département de Lot-et-Garonne. »

Les odeurs de Paris.

Il semble que l'atmosphère de Paris se *désempeste* quelque peu, et l'on doit, dans une certaine mesure, attribuer ce résultat à l'action de plus de plus vigilante exercée sur les établissements insalubres par le service spécial d'inspection placé sous la haute direction du préfet de police. Sous la poussée de l'opinion publique, l'administration s'est décidée à prendre des mesures énergiques contre les usines qui infectaient Paris, et elle a édicté des prescriptions que, bon gré, mal gré, les industriels ont été contraints d'observer. Il paraîtra sans doute extraordinaire que la préfecture de police ait été désarmée à l'égard de ces industriels. Mais cela est, et nous en trouvons la preuve dans le dernier rapport du service d'inspection, rédigé par M. Paul Adam, un administrateur doublé d'un technicien.

Les autorisations données aux industriels, il y a 20 ou 30 ans, écrit-il, étaient libellées « d'une façon trop vague, beaucoup d'inconvénients n'étaient pas prévus. Et cela s'explique. L'industrie était plus simple, et, d'autre part, le public était plus patient. Il suffit de comparer un arrêté d'autorisation actuel avec un arrêté datant d'une trentaine d'années pour se convaincre de la différence. L'usine, qui a concouru pour la plus grande partie aux odeurs de Paris dans ces dernières années, avait été autorisée en 1870 *sans condition*. Or, depuis cette époque, les procédés d'exploitation n'avaient pas changé. C'était même, on peut le dire, l'intérêt apparent de l'industriel de ne rien modifier, voire de n'apporter à son industrie aucune amélioration, laquelle eût nécessité une enquête. L'administration n'eût pu faire autrement que d'accorder l'autorisation puisqu'il y avait progrès, mais l'arrêté eût posé des conditions nouvelles de fonctionnement entraînant forcément des dépenses... »

Et voilà pourquoi Paris était exposé, chaque été, dans les périodes prolongées de vent du nord-est, à sentir... les imperfections de l'outillage d'un établissement insalubre au premier chef. Il est fort heureux pour les Parisiens et surtout pour les étrangers visitant Paris, que l'inspection des usines soit plus sévère que par le passé. La préfecture de police a bien voulu tenir compte de l'*impatience* du public : elle a droit aux remerciments de ceux dont elle tient aujourd'hui à ménager les légitimes susceptibilités olfactives. N'a-t-elle pas, dans le courant de l'année 1898, découvert et fait supprimer au Kremlin-Bicêtre, à Saint-Ouen et à Villeneuve, des « fabriques » d'asticots ! N'a-t-elle pas fait déplacer à Gentilly, à Ivry, à Saint-Denis, à Saint-Maur, à Saint-Ouen, des dépôts illicites de gadoues dont la fermentation produit les émanations nauséabondes que l'on connaît ? N'a-t-elle pas surveillé de très près les fabriques d'engrais, les fonderies de graisses, les boyauderies, les fabriques de colles, etc., tous établissements où les matières traitées sont loin d'avoir les mêmes propriétés que les produits des jardins de Nice et de Grasse? Mais, pourquoi faut-il que tant de bonne volonté se heurte parfois à des mauvais vouloirs inconcevables ! « La voirie municipale de Bondy, écrit M. Paul Adam, a continué à déverser des eaux très chaudes et infectes dans des bassins découverts, en dépit des prescriptions de M. le Préfet de la Seine, prises à la prière de la préfecture de police. »

Pourquoi cela ? Les deux préfectures seraient donc sans action efficace sur un service qui a, sans conteste, la première place dans la classification des insalubrités ? Des mesures sont à prendre, si celles qui ont été décidées jusqu'ici ont été inefficaces. L'autorité municipale a là des devoirs ; la population de Paris a le droit d'exiger qu'elle ne les oublie pas. (*Le Temps.*)

Suture du cœur.

Un médecin allemand d'Elberfeld, le Dr Pagenstecher, a pratiqué une hardie opération au cœur sur un jeune apprenti de 17 ans, qui avait été atteint d'une blessure mortelle.

Ce jeune homme avait reçu d'un camarade, au côté gauche, un coup d'un couteau en forme de poignard, dont la lame avait six centimètres de long. Après avoir fait quelques pas, le blessé tomba sans connaissance et il ne revint à lui que deux heures plus tard, à l'hôpital où on l'avait transporté. De la petite blessure s'échappait un flot de sang noir.

L'état du blessé s'aggravait à vue d'œil. Dans ces conditions, on se décida à une opération en vue de laquelle il fallut écarter un morceau de côte et mettre le cœur à nu. Le cœur avait été atteint par la lame. Le docteur élargit le champ d'opération et à l'aide de quatre fils effectua la suture du muscle du cœur.

Cette opération difficile réussit à souhait. L'épanchement de sang s'arrêta, et le malade qui avait semblé condamné à une mort certaine, eut la vie sauve. La blessure se cicatrisa rapidement et sans fièvre, le cœur reprit tranquillement son activité et, au bout de neuf semaines, le malade complètement guéri put quitter l'hôpital. (*Le Petit Parisien.*)

FORMULES

XIX. — Contre l'alopécie.

Huile de ricin	20	grammes.
Teinture de quinquina . .	àà 10	—
— de romarin . . .	àà 10	—
— de jaborandi . . .	àà 10	—
Rhum	100	—

(*Le Médecin.*)

Huile d'amandes	100	grammes.
Essence de Wintergreen. . .	XX	gouttes.
— d'amandes	XXV	—
— de rose éthérée. . .	I	—
— de violettes	XXX	—
Teinture de cantharides . . .	L	—

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 août au samedi 19 août 1899, les naissances ont été au nombre de 1200, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 432, illégitimes, 164. Total, 596. — *Sexe féminin* : légitimes, 439, illégitimes, 165. Total, 604.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 13 août au samedi 19 août 1899, les décès ont été au nombre de 978, savoir : 518 hommes et 461 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 18, F. 14. T. 32. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.—Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 15, F. 15. T. 30.—Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 5, F. 5, T. 10. — Diphtérie. Croup : M. 1. F. 1, T. 2. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 84. F. 83, T. 167. — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 6, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 2, T. 4 — Tumeurs malignes : M. 21, F. 25, T. 46. —Méningite simple : M. 10, F. 7, T. 17. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 18, F. 21, T. 39. — Paralysie, M. 5, F. 6, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 2, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F.20, T. 44. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 0, T. 5.— Bronchite chronique : M. 9, F. 5, T. 14. — Broncho-pneumonie : M. 14, F. 8, T. 22. — Pneumonie : M. 19, F. 9, T. 28.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 11, T. 31. — Gastro-entérite, biberon : M. 62, F. 69. T.131.— Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 8, T. 12. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 9, F. 10, T. 19. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 6, F. 4, T.10. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0. F. 3, T. 3. — Débilité congénitale, M. 18, F. 13, T. 31. — Sénilité : M. 7, F. 27, T. 34. — Suicides : M. 14, F. 3, T. 17. — Autres morts violentes : M. 16, F. 8, T. 24. — Autres causes de mort : M. 73, F. 68, T. 141. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 2, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 17, illégitimes, 14. Total : 31. — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 11. Total : 30.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE. — Le congrès d'Amsterdam a nommé une commission internationale, pour fixer la nomenclature obstétricale, ainsi composée : M. Treub, président ; MM. Bar, La Torre, Rapin, Queirel, de Rein, Davis Edwards, Simpson, Freund. La commission a nommé rapporteur M. Bar, qui présentera son rapport à la section d'obstétrique du congrès de 1900.

CONGRÈS D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES EN 1900. — La Société française d'électrothérapie et de radiologie a décidé de créer un Congrès international, avec exposition annuelle des appareils nouveaux se rapportant à ces sciences. La commission d'organisation comprend MM. Apostoli, Boisseau du Rocher, Branly, Oudin, Moutier (de Paris) ; et Doumer (de Lille). C'est à ce dernier que doivent être adressées, 57, rue Nicolas-Leblanc, Lille, toutes les communications ou demandes de renseignements relatives à ce Congrès.

CONFÉRENCES DE LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE A L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Georges Laurens, assistant d'otologie et de laryngologie de M. Lermoyez, fera les mardis, jeudis et samedis à neuf heures et demie, la consultation oto-laryngologique.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr Cousin, professeur agrégé près la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille, est nommé professeur de pathologie et de Médecine opératoire à l'Ecole de Marseille.

EMPOISONNEMENT. — Dernièrement, à Essoyes, est morte dans d'atroces souffrances, empoisonnée par quelques grains de belladone qu'elle avait mangés il y a quelques jours, une petite fille de quatre ans, nommée Camille Gérard.

UN CLUB D'INFIRMIÈRES A LONDRES. — Londres possède divers clubs universitaires. Il en existe également à Edimbourg, à Dublin, à Liverpool, à Manchester. Il y a à Londres un club de l'*Université* qui rassemble des étudiants, d'anciens élèves des mêmes collèges, des femmes médecins, des savants de la même Faculté. On n'y entre guère que si on a un diplôme. Le *Victoria* n'a pas de caractère. Les femmes de la société, qui habitent ordinairement la campagne, ne font qu'y passer. Le *Sésame* est réservé au haut personnel enseignant. Le *New-Country-Club* n'est qu'un restaurant féminin. Il y en a un du caractère le plus charitable, celui des *Infirmières*. (*Gaz. Méd. de Paris.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort prématurée de M. le Dr J.-W. BINAUD, professeur agrégé de la Faculté de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux. M. W. Binaud était un interne des plus distingués des hôpitaux de Paris.

Nous apprenons encore le décès inattendu de M. THOMAS, pharmacien à Paris, maire du XIIIe arrondissement, chevalier de la Légion d'honneur. Fort aimé de ses administrés, M. Thomas était parvenu à développer et organiser les œuvres d'assistance dans un des arrondissements les plus pauvres de Paris, où il sera unanimement regretté.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 36. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 9 SEPTEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la technique de l'hystérectomie vaginale totale pour fibromes utérins. De la suppression radicale du morcellement.

Par le Dr L. LONGUET, ancien interne des hôpitaux.

L'ablation concomitante par les voies naturelles de l'utérus et des myomes y contenus, constitue l'une des grandes méthodes dont nous disposons dans le traitement des fibromes utérins. A cette *méthode thérapeutique*, Péan laissa son nom ; aussi est-elle à juste titre connue en France, comme à l'étranger, sous la désignation de méthode de Péan ; terme précis qu'il ne faut pas confondre avec celui d'*opération* ou procédé du même auteur, qui aujourd'hui même va passer à l'histoire.

La méthode thérapeutique de Péan se réalise par un certain nombre de procédés d'inégale valeur que j'ai exposés ailleurs. Comme la chirurgie abdominale, la chirurgie vaginale progresse et se perfectionne ; elle évolue sans cesse et la stabilité à laquelle prétendent s'arrêter certains promoteurs n'est pas plus de mise ici qu'ailleurs ; c'est une loi naturelle à laquelle il faut se soumettre sous peine de devenir rapidement rétrograde. Depuis l'opération princeps qui est celle de Péan, la technique a subi de telles transformations qu'elle est méconnaissable. En cette évolution, deux phases ont déjà terminé leur cycle ; aujourd'hui une troisième apparaît qui va bientôt grandir. La première période qui s'étend de 1883 à 1891 fut caractérisée 1° par l'*attaque périphérique* de l'utérus fibromateux ; 2 par l'*hémostase exclusivement préventive* ; 3° par le *morcellement* de l'utérus et des fibromes. C'est l'œuvre de Péan et de Richelot.

La deuxième période, de 1891 à 1898, détruisit la moitié de la première, pour y substituer deux pierres nouvelles. Quénu et Doyen supprimèrent 1° l'attaque périphérique de l'utérus fibromateux ; 2° l'hémostase exclusivement préventive, pour y placer deux éléments diamétralement opposés à la technique opératoire de Péan. Ce furent 1° l'*attaque médiane* de l'utérus fibromateux ; 2° l'*hémostase exclusivement ou partiellement consécutive*. Depuis 1891, il ne persista plus de l'œuvre première qu'une deuxième moitié, ce fut le morcellement de l'utérus et le morcellement des fibromes de Péan, tous deux motivés ici par la nécessité de réduire la masse afin de lui faire franchir le défilé pelvien.

C'est cet énorme bloc principal que j'ai travaillé à écrouler depuis un an dans toute une série d'études concernant l'hystérectomie vaginale, pour y substituer ici un élément sinon encore inconnu, du moins noyé et perdu entre mille manœuvres de technique.

Dès le début de mes publications, en 1898, j'ai tenté : 1° de supprimer radicalement le morcellement de l'utérus, soit pour le col, soit pour le corps de l'utérus ; 2° de supprimer une pièce énorme : le morcellement des fibromes. De ce double et dernier coup résulta que l'opération de Péan s'effondra tout entière. Et cependant la méthode thérapeutique de Péan est d'une telle valeur, elle offre actuellement une si précieuse ressource qu'elle ne se trouve nullement menacée en son existence. Bien au contraire, elle est actuellement en pleine prospérité dans tous les pays. Pour remplacer les deux pièces fondamentales par moi détruites, nous avions déjà la *bisection médiane* de Quénu qui permet de totalement supprimer le morcellement de l'utérus. Quant au morcellement des fibromes, c'est l'*énucléation* qui doit le remplacer, c'est une manœuvre d'une valeur incomparablement supérieure à celle du morcellement, comme moyen de réduction de la masse. En sorte que par un étrange contraste dont il existe sans doute peu d'exemples dans l'histoire, la méthode de Péan, qui a assisté progressivement à l'effondrement de l'opération de Péan, voit aujourd'hui naître et grandir sur les cendres de cette dernière et la *section médiane* et l'*énucléation* qui précisément sont les *deux ennemies inconciliables* de la technique de Péan, ce chirurgien les ayant répudiées toutes deux ainsi que le prouvent des documents irréfutables qui ont été exposés et discutés ailleurs (1).

La présente étude comprend trois chapitres très naturellement séparés les uns des autres, et qui

(1) Longuet (L.). — De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes utérins. *Semaine gynécologique*, 189[illegible].

résument toute ma pensée. Dans l'un, je combats une dernière fois le morcellement de l'utérus. Dans l'autre, je combats le morcellement des fibromes. Dans le troisième, j'expose la fin de l'œuvre que commencèrent Quénu et Doyen, qui constitue à mon sens la technique d'exérèse de choix actuellement.

§ I. — *De la suppression radicale du morcellement de l'utérus.*

La discussion doit être successivement portée sur deux points : sur celui du morcellement du col, puis sur celui du morcellement du corps.

a) *Morcellement du col.* — Après avoir pris part depuis 13 ans à un nombre considérable d'hystérectomies vaginales faites par tous les procédés, et m'être mis dans les conditions voulues pour me prémunir contre le parti pris, je déclare que le morcellement du col, si l'on met de côté toute habitude personnelle, n'est pas soutenable. 1° Comme Quénu, j'ai toujours constaté que l'excision du col ne donne pas plus de jour que sa simple incision médiane, puisque, dans cette manière de faire, les valves latérales s'écartent excentriquement d'elles-mêmes et découvrent en se dérobant le champ d'attaque centrale. — 2° Comme Doyen, je remarque que cette excision fait perdre le meilleur repère vis-à-vis de l'uretère. — 3° Comme Quénu, je trouve que la conservation du col reste un excellent guide pour bien placer au ras du bord utérin les pinces d'hémostase dernière de haut en bas. — 4° Enfin, comme Quénu et Doyen, il me semble que le col restant peut toujours être un auxiliaire utile pour les tractions à un moment donné. En conséquence, je me refuse à considérer le morcellement du col comme une manœuvre ayant sa raison d'être ; c'est l'un des derniers vestiges de l'opération de Péan qui aujourd'hui même doit disparaître complètement; c'est la trace d'une habitude, celle de tout morceler, la même qui a poussé le père du morcellement à préconiser en 1897 le morcellement comme moyen d'extirpation de choix pour le rectum cancéreux ! Or, ce réflexe fut excusable seulement dans les mains de Péan qui s'est constitué le premier défenseur du morcellement ; mais comme cette habitude est de valeur nulle, elle n'a pas le droit d'hérédité.

b) *Morcellement du corps.* — Il faut dire tout d'abord que le morcellement du corps a déjà été réduit de beaucoup dans la technique de Segond et de Doyen. Mais ces deux chirurgiens ont conservé l'hémirésection « conoïde » de la paroi antérieure (Segond), ou l'hémirésection « losangique » de la même paroi (Doyen). Ce n'est que justice de souligner ici leurs tentatives. A mon sens, il faut aller beaucoup plus loin et supprimer totalement ce morcellement de l'utérus.

Lorsqu'en 1896 (1) j'ai décrit la technique de notre maître Quenu pour les fibromes, j'ai déjà insisté sur ce fait que l'utérus vidé de ses fibromes, n'avait subi aucune excision. Placé sur une table après l'opération, il se présentait reconnaissable et composé seulement de deux fragments. A côté de lui se rangeaient les masses extirpées A l'aide de quelques points de suture, je reconstituai facilement cet utérus et n'était la contractilité utérine qui presque immédiatement vient effacer les loges privées de leur masse, il serait possible de reconstruire la pièce entière, contenant et contenu. Quelle différence déjà avec un utérus enlevé par le procédé de Doyen, dans lequel il n'existe plus de paroi utérine antérieure parce qu'elle a été détruite en un nombre illimité de fragments losangiques. Quelle plus grande différence encore avec un utérus enlevé par le procédé de Segond, qui a perdu tout son col et toute sa paroi antérieure par excision conoïde ! Ce déchiquettement losangique ou conoïde ne reste-t-il pas, après l'acte opératoire, comme l'indice irréfutable d'une technique pénible, difficile, peu réglée, malgré les descriptions géométriques de cônes et de losanges ? Que pensons-nous d'un chirurgien qui pour la résection d'un maxillaire supérieur de résistance normale, nous présente après l'opération, une série de petites esquilles méconnaissables ?

Si donc la paroi utérine antérieure et le col peuvent être excisés par nécessité ; par choix ils ne doivent être qu'incisés et respectés, dans un procédé réglé. Je me base sur un très grand nombre de cas auxquels j'ai pris part, dont quelques-uns même concernaient des fibromes atteignant ou dépassant l'ombilic, pour affirmer que l'incision simple, autrement dit que l'hystérotomie médiane simple ou à nervures suffit toujours pour découvrir les fibromes. Et je conclus : le morcellement partiel ou total de l'utérus que j'ai déjà eu l'occasion de combattre dans l'hystérectomie pour inversion, pour prolapsus, pour cancer, pour septicémie puerpérale, *est parfaitement inutile aussi pour les fibromes* ; il doit être totalement supprimé.

§ II. — *De la suppression du morcellement des fibromes.*

La suppression totale *du morcellement du ou des fibromes* reste le dernier pas qu'il me reste à franchir hardiment. Tout d'abord le morcellement est-il un procédé de choix ou un procédé de nécessité en chirurgie ? Sur le terrain de la chirurgie générale, la réponse est universelle. Un goitre, un paquet ganglionnaire, une pyonéphrose, un lipome diffus, ne sont morcelés que dans les seuls cas où il est impossible de faire autrement, soit par suite d'adhérences ou pour une autre raison. — Sur le terrain de la chirurgie abdominale, un utérus fibromateux, pour prendre l'exemple le plus comparable, n'est enlevé morceaux par morceaux que dans les seuls cas où l'extirpation en bloc est impraticable. — Et voici que, contrairement à la chirurgie générale et à la chirurgie abdominale, la chirurgie vaginale proclame le morcellement un procédé de choix ! La raison, dit-on, c'est qu'ici il faut réduire de volume la masse qui doit franchir le défilé pelvien. Sans doute, lorsqu'il s'agissait, pour éviter à tout prix une laparotomie, d'extraire coûte que coûte par le vagin une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, il fallait bien morceler. J'ai dit ailleurs à quels extraordinaires résultats l'on arrivait avec les techniques de morcellement les plus perfectionnées, celles de Segond et celles de Doyen. De morceaux en morceaux, on enlevait ainsi après deux ou trois heures, et après un pénible labeur, des masses de 2 kilogrammes et même de 4 kilogrammes (Segond). Aussi ceux que le morcellement séduit encore n'apprécieront jamais assez les procédés de Segond et de Doyen, et les artifices combinés qu'on y trouve décrits.

Mais aujourd'hui, nous en sommes tous revenus de ces opérations dystociques, et les défenseurs de l'abdominale totale qui se passent du morcellement en mettant rapidement la main sur tous les utérus fibromateux moyens, ou même ceux qui ne dépassent pas beaucoup la symphyse n'ont pas trouvé la moindre

(1) Longuet (L.). — Technique de l'hystérectomie vaginale totale, Paris, 1896, et *Progrès médical* et *Gazette des hôpitaux*, et l'hystérectomie vaginale pour fibromes. *Semaine gynécologique*, 1899.

résistance. Du même coup, les hystérectomies morcelantes par le vagin sont presque instantanément passées à l'état de curiosités ; et voici comment les procédés de Segond et de Doyen pour fibromes, pris comme termes de comparaison, et comme marque des progrès accomplis à une époque donnée, n'appartiennent plus désormais qu'à l'histoire.

Si le morcellement vaginal est une technique de choix, il est clair qu'il obéit à des règles et que celles-ci se décrivent. Or, les pratiquants du morcellement donnent une définition. C'est l'art de réduire de volume une masse par évidement du centre à la périphérie, par sa fragmentation en multiples morceaux.

Comment s'exécute le morcellement ? Par évidement et sections transversales avec hémostase préventive (Péan). A cette liste reconnue insuffisante, par une violation des limites formellement précisées au morcellement par Péan, on tente, en les attribuant malgré lui à Péan qui les a répudiées (et dans le but d'égaliser tous les chirurgiens derrière Péan), d'ajouter l'énucléation, puis l'hémirésection de Segond, l'hémisection de Doyen, la bisection de Quénu. Donc, le morcellement, c'est tout, excisions et même incisions simples qui, cependant, n'enlèvent rien. Cette combinaison de manœuvres polymorphes nous éclaircit suffisamment. Le morcellement c'est « l'art de s'en tirer comme on peut ». Pourquoi nier que c'est un expédient ? Si, pendant de longues années, et séduits surtout par la curiosité d'apprendre ce qui est susceptible de passer par les voies naturelles, nous avons eu l'illusion de considérer ce pis-aller comme un procédé de choix, aujourd'hui il est temps de mettre les choses au point et de réduire le morcellement à sa faible et minime valeur.

Chacun connaît les procédés d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes de Segond et de Doyen. Or, par une coïncidence singulière, la figure de Doyen, reproduite d'après nature, est relative à un petit fibrome qui, mesuré d'après la main de l'opérateur prise comme terme de comparaison, ne dépasse pas le volume des deux poings. La figure de Segond concerne un fibrome qui, mesurée d'après la pince à abaissement mise sur le col comme point de comparaison, n'atteint pas l'ombilic. C'est-à-dire que ces deux fibromes, d'après Segond et Doyen, sont précisément justiciables des procédés d'hystérectomie vaginale avec morcellement de ces auteurs. Quelle faveur pouvons-nous donc accorder à ces hystérectomies morcelantes lorsque, par leurs auteurs eux-mêmes, nous voyons les tumeurs sous-ombilicales enlevées facilement et sans morcellement par la voie haute ! Comment ne pas voir là un désistement inquiétant de la part des principaux adeptes du morcellement ? Pour moi, ce changement de front me paraît si troublant que je n'hésite pas à considérer l'avènement des procédés abdominaux sans morcellement de Segond et Doyen (pour fibromes) comme la chute officielle du morcellement vaginal et sa condamnation peut-être inconsciente par ceux que nous croyons ses plus solides défenseurs. De ces considérations résulte : *La suppression totale du morcellement vaginal de l'utérus et des fibromes par le procédé de Péan est le plus grand progrès qui puisse se réaliser actuellement dans l'hystérectomie vaginale pour fibrome.* Or, cela est possible, nous allons le voir. Exception faite pour les polypes géants qui ne sont pas en discussion dans ce travail ; je le dis clairement : *le morcellement vaginal n'est qu'un expédient*, il a vécu.

§ III. — *De l'hystérectomie par énucléation, avec suppression totale du morcellement ou Procédé de Quénu-Longuet.*

a) *Préliminaires.* — La disparition totale du procédé de Péan qui, dans sa chute, entraîne celle de ses successeurs, laisse la question en discussion. Si de l'opération de Péan, il n'existe plus trace, il n'en faut pas conclure que la méthode thérapeutique de Péan soit destinée à sombrer. Comme elle est de réelle valeur, elle persiste, quoique amoindrie un peu dans son champ d'action. Il demeure indiscutable que l'extirpation *per vaginam* des petits utérus fibromateux, par sa simplicité, par sa facilité, par l'excellence de ses résultats, par l'absence de toute cicatrice et des inconvénients qui en peuvent résulter à un moment quelconque par sa rapidité d'exécution, par sa gravité nulle, enfin par la faveur croissante dont elle jouit actuellement en tous pays, est une méthode que les faits, plus puissants que la mode et les dissertations, désignent comme inébranlable pour l'instant. Cette méthode, comment doit-elle se réaliser aujourd'hui ? Il faut distinguer deux cas.

α. L'utérus est moins volumineux que le poing. Alors il n'y a aucune réduction à faire pour franchir le défilé pelvien. Il convient de s'adresser simplement aux techniques ordinaires d'abaissement central les plus perfectionnées : celle donnée par Doyen pour suppuration pelvienne, ou mieux le procédé habituel de Quénu, sont les procédés de choix. Par l'attaque centrale, par l'hémi ou par la bisection médiane, on s'assurera que l'utérus fibromateux n'est pas conservable et sur le champ on procédera à l'hystérectomie par l'un de ces procédés. Mais je pense, quant à moi, que la plupart de ces petits utérus fibromateux ne dépassant pas le volume du poing, sont justiciables de la conservation par myomectomie, et non de l'hystérectomie.

β. L'utérus est plus gros que le poing, mais il ne dépasse pas le volume des deux poings. Il faut le réduire. Le procédé de réduction de choix est précisément celui qui a été répudié par Péan ; c'est l'*énucléation* que nous allons maintenant décrire. A l'inverse du morcellement l'énucléation reconnue technique de choix en chirurgie générale pour les ablations de paquets ganglionnaires, de tumeurs liquides ou solides capsulées, adénomes, lipomes, fibromes ; reconnue technique de choix en chirurgie abdominale, salpingites, énucléations sous-séreuses, décortications sous-péritonéales, etc., devient aussi une technique de choix en passant, par nous, à la chirurgie vaginale. Sa simplicité est la signature de sa valeur. La systématisation de l'énucléation appliquée à l'hystérectomie vaginale pour tumeurs fibreuses constitue le caractère primordial de notre procédé, dont voici maintenant le détail :

b *Technique* : *Procédé de Quénu et Longuet.* — Attitude de la malade : position de la taille. Pas de curettage préliminaire ; s'il y a indication à une désinfection de l'utérus, la section médiane permet de stériliser séance tenante, la muqueuse par le thermocautère, le chlorure de zinc, ou la teinture d'iode selon le degré de septicité décroissant.

Premier temps : *Circulaire du col.* — Le col est abaissé par deux pinces de Museux multidentées appliquées ici non pas dans la commissure latérale de l'orifice externe du col, mais de chaque côté, de telle sorte que chacune d'elles saisisse solidement et simultanément les deux lèvres. La prise est beaucoup plus solide, l'abaissement plus facile et l'attaque sur la ligne mé-

diane mieux préparée. Au début, ces pinces servent à l'abaissement, plus tard, elles deviennent des repères lors du placement des pinces hémostatiques dernières; aussi, une épingle anglaise mise dans leurs anneaux, est destinée à les distinguer. L'écoulement sanguin résultant de la section du vagin est insignifiant, et ne réclame aucune forcipressure; exceptionnellement cette tranche sera avantageusement asséchée au thermocautère. Il faut éviter toute pince qui n'a pas sa raison d'être; la raréfaction des pinces est un principe, ici comme pour toute hystérectomie vaginale.

Deuxième temps : Décollement des tissus paramétriques, séparation de la vessie et du rectum, hémostase première facultative des utérines. — La séparation du rectum se fait très facilement; celle de la vessie demande beaucoup plus de soin parce qu'en cas de fibrome, il arrive que le bas fond vésical soit ectopié à droite ou à gauche, en haut ou en bas, ou encore qu'il se déplisse sur une large surface. Pendant cette décortication, une sonde est mise dans la vessie autant de fois qu'il est nécessaire pour éviter de blesser cet organe. D'abord commencée par dissection avec une pince et des ciseaux, la séparation est ensuite continuée en haut et latéralement par divulsion digitale à l'aide des deux index introduits en crochet et fortement écartés l'un de l'autre en se dirigeant sur les côtés. Le cul-de-sac vésico-utérin est incisé lorsqu'il se présente, le Douglas est ouvert dès le début. Par l'une ou par l'autre de ces cœliotomies, ou par les deux, l'index et le médius vont de suite prendre connaissance de la morphologie extérieure de l'utérus; ils recherchent les bosselures néoplasiques et s'assurent qu'il n'y a pas de petites masses pédiculées susceptibles de s'égarer dans le péritoine par rupture de leur point d'attache. Cette exploration extérieure de l'organe indique déjà dans quelle direction il convient de conduire la section médiane pour atteindre aussitôt que possible le foyer principal des lésions. Lorsque la vessie est complètement libérée, elle est réclinée et soulevée par un écarteur, entraînant et soulevant à sa suite les uretères qui s'y rendent obliquement. Pendant les manœuvres d'exploration de la cavité pelvienne, toute valve est momentanément supprimée. S'il y a rétraction de la base des ligaments larges, paraissant s'opposer à l'abaissement, il convient, comme l'ont recommandé Péan et Segond, de libérer bilatéralement le col en battant de cloche. A cet effet, une ligature solide est passée à travers la base des ligaments larges, près du col, avec une aiguille de Cooper; puis, en dedans des ligatures serrées fortement, la base du ligament large est incisée. Nous réservons actuellement la question d'angiothripsie combinée à la ligature, dont la supériorité sur la ligature seule ne nous paraît pas encore bien démontrée. Sous aucun prétexte, l'utérus ne doit être morcelé ni pour le col, ni pour le corps.

Troisième temps : Attaque centrale et abaissement par bisection médiane. Hystérotomie exploratrice Réduction par énucléation. Dégagement de l'utérus en deux valves par endoversion.

a). *L'abaissement.* — L'abaissement et l'inflexion de l'utérus; la découverte des fibromes sont réalisés par l'hystérotomie médiane. En partant du col et en allant vers le fond, de bas en haut, le col, puis le corps de l'utérus sont incisés avec des ciseaux forts sur la ligne médiane avasculaire. Des pinces à traction au nombre de deux ou trois sont alternativement plantées sur les tranches de section et entr'ouvrent progressivement l'utérus qui descend et se déploie en deux valves s'écartant excentriquement. Les tractions seules suffisent pour hémostasier la tranche cruentée au cas exceptionnel où elle saignerait. L'hystérotomie médiane est rectiligne ou ramifiée. *Rectiligne*, elle suffit généralement pour mener droit à la découverte des fibromes. Elle est alors soit régulièrement médiane, soit courbe, soit un peu hélicoïdale par suite de la torsion et des déformations des utérus fibromateux. Elle est transformée en hystérotomie à *nervure*, si par suite d'une localisation excentrique des fibromes, il est nécessaire pour découvrir ces derniers, de créer un ou plusieurs embranchements conduisant aux masses fibroïdes. L'hystérotomie est en outre *exploratrice*. Associée à l'exploration périphérique de l'utérus faite au temps précédent, elle permet par le toucher et la vue de prendre une connaissance exacte des lésions et de décider en toute connaissance de cause si l'organe est ou non impropre à la conservation. En cas de conservation possible, on s'en tient à la myomectomie et l'hystérotomie est ensuite réparée par hystérorraphie. En cas de sacrifice de l'utérus reconnu nécessaire, on continue sur le champ l'hystérectomie, dont l'hystérotomie médiane fait partie intégrante.

b) *La réduction* consiste dans la seule *énucléation.* Après une large incision de découverte des corps fibreux, incision faite plus largement en avant qu'en arrière, les myomes sont extraits en bloc sans jamais être morcelés, ni fragmentés. Deux manœuvres principales conviennent pour cette extirpation. L'une se résume dans la simple *extraction par rotation*, *torsion*, *arrachement*, comme on enlève un corps étranger ou un séquestre mobile; elle suffit pour tous les petits fibromes. L'autre consiste dans la *luxation* des masses hors de leur loge. A cet effet, les grands ciseaux courbes ou d'autres leviers puissants sont glissés fermés, entre le pôle supérieur de la masse et sa sa cavité orbitaire de réception. Par des mouvements transversaux, ces ciseaux commencent la décortication du pôle supérieur, puis par un mouvement de redressement et de bascule les ciseaux maniés comme des leviers, expulsent les corps fibreux de leur nid, pendant que des prises tangentielles exercées sur le pôle inférieur concourent à l'extraction. Dans le cas où l'adhérence des néoplasmes dans leur capsule est particulièrement résistante, et où les prises tangentielles se font mal parce que la surface du fibrome est trop glissante, il convient d'inciser ce fibrome sur la ligne médiane, non pas pour le réduire et le morceler, mais pour y créer des surfaces destinées à servir à l'implantation solide des pinces à abaissement. Telle est la manœuvre de choix qui suffit toujours pour les ablations de masses utéro-fibromateuses ne dépassant pas le volume de deux poings, c'est-à-dire les seules qui, pour nous, appartiennent actuellement à la méthode thérapeutique de Péan.

Quatrième temps : Hémostase dernière. Excision bifragmentaire de l'utérus. — Le sac utérin qui, largement ouvert, remonte en s'étalant et en s'effaçant pendant qu'on travaillle sur les fibromes, est à son tour abaissé, lorsqu'il est vidé de ses masses fibroïdes. On achève la bisection médiane totale sur le dôme utérin, et cette section qui a été jusqu'ici l'auxiliaire principal de l'abaissement central, va maintenant servir d'auxiliaire pour le placement des pinces dernières. Celles-ci sont appliquées comme le recommande Doyen, de haut en bas, c'est-à-dire, du bord supérieur vers la base des ligaments larges, le long des doigts disposés en fourche, tout contre le bord de chaque valve utérine tenue dans

la main, pendant que les doigts préparent la place des pinces en bon endroit. Ces pinces une fois serrées, une excision faite en dedans d'elles abandonne dans la main de l'opérateur un utérus bifragmenté.

Les deux pinces principales doivent être doublées chacune d'une seconde de sûreté. Les annexes sont conservées ou non selon leur état; pour les enlever avec l'utérus, il suffit de placer les pinces hémostatiques en dehors d'elles et de les exciser avec chaque moitié correspondante de l'utérus. On termine par une réunion attentive des pédicules et de la tranche vaginale avec hémostase complémentaire, s'il y a lieu.

Pansement. — Le pansement est fait comme de coutume avec des tampons axiaux et pariétaux. Pour la catégorie des fibromes auxquels il est destiné, notre procédé ne réclame pas plus de cinq à vingt minutes dans son exécution faite sans précipitation.

Telle est actuellement la technique que nous considérons comme la meilleure pour l'ablation des utérus fibromateux ne dépassant pas le volume des deux poings. Elle est basée sur : 1° l'attaque médiane de l'utérus et des fibromes par la bisection médiane de Quénu; 2° sur la réduction par le procédé de l'énucléation de Quénu et Longuet; sa simplicité extrême est due : 1° à la suppression radicale du morcellement de l'utérus (Longuet); 2° à la suppression radicale du morcellement des fibromes (Longuet); 3° à l'absence partielle ou totale d'hémostase préventive (Quénu et Doyen). Elle ne s'adresse qu'aux fibromes de la catégorie précitée. S'il s'agit d'une tumeur plus volumineuse que les deux poings, c'est à l'hystérectomie abdominale qu'il convient d'avoir recours, puisqu'elle est aussi bénigne, aussi simple, et aussi facile que toutes les hystérectomies qui rejettent le morcellement. Si, pour une raison très particulière, on se résignait à demander quand même à la voie vaginale l'extirpation d'une masse dont le pôle culminant remonte à moitié chemin de l'ombilic ou jusqu'à l'ombilic, il faudrait alors par nécessité recourir à une opération atypique et *d'exception*, à une opération de dystocie pour fibrome. L'hystérectomie vaginale morcelante de Segond, ou mieux celle de Doyen, seraient alors une précieuse ressource.

Conclusions.

I. — La *méthode thérapeutique* de Péan, dont la frontière d'applications, a été nettement précisée par nous au volume des deux poings, utérus compris, est une conception d'une immense valeur, que ses résultats remarquables mettent au-dessus de toute atteinte même de la part des laparotomistes exclusifs. Une statistique collective basée sur 1.700 cas, avec 4 0/0 de mortalité, que nous avons publiée ailleurs, laisse pressentir ce que sera susceptible de donner cette méthode lorsque d'une part, la limite du volume des deux poings et, d'autre part, la technique perfectionnée que nous possédons maintenant seront partout acceptées. A Péan donc revient tout entier l'honneur d'avoir eu une magnifique conception qui tient une place d'ordre primordial dans la thérapeutique des fibromes utérins. C'est Richelot et Segond qui l'ont vulgarisée.

II. — L'*opération de Péan* qui fut le premier procédé en date réalisant la méthode du même auteur, malgré les perfectionnements de Richelot et de Segond qui l'adoptèrent, a subi une demi-destruction en 1891, de la part de Quénu et Doyen. L'un détruisit l'attaque périphérique, l'autre, l'hémostase exclusivement préventive. En face de l'œuvre technique de Péan, à demi abattue par eux, ils ont commencé à dresser un autre édifice basé sur des matériaux diamétralement opposés par leur nature à ceux dont se servit le promoteur. Quénu a apporté l'attaque centrale et médiane de l'utérus fibromateux. Doyen l'hémostase a exclusivement ou partiellement consécutive qui supprima du coup tout le régime des grandes pinces encombrantes.

III. — L'*opération de Péan* à demi détronquée depuis 1891, subit aujourd'hui même un effondrement complet. L'attaquant dans sa dernière moitié encore debout jusqu'ici, 1° nous y *détruisons totalement le morcellement de l'utérus*, corps et col (Longuet); 2° nous y *détruisons totalement la pièce capitale de résistance qui est le morcellement des fibromes* (Longuet).

D'un autre côté, à l'œuvre qu'ont commencé à dresser en 1891, Quénu et Doyen, s'ajoute *l'énucléation* (Quénu et Longuet) comme procédé de réduction de choix prenant la place du morcellement. Est-ce à dire qu'après de telles rénovations, la perfection est définitivement atteinte? Non, certes; il reste au contraire beaucoup à faire. Si la question d'exérèse en elle-même peut être considérée comme tranchée à l'heure actuelle, il n'en est pas de même de l'acte opératoire qui la suit. C'est à peine si ce travail est ébauché. Il y a sur ce terrain peu solide, trois points faibles : 1° une hémostasie trop grossière, comparée aux pédicules fins des laparotomistes ; 2° une réfection insuffisante ou nulle du plancher pelvien ; 3° une absence de réunion par première intention qui répugne à la chirurgie aseptique d'aujourd'hui. Telle est la voie nouvelle où il faut nous diriger maintenant, et que j'ai commencé à explorer, sans plus m'attarder à ce qui dès maintenant est acquis. Nous ferons plus tard connaître les résultats de nos recherches sur ce nouveau terrain.

Une autre princesse docteur en médecine. — Nous avons parlé, dans un précédent numéro, d'une princesse pourvue du diplôme de docteur en Médecine. En voici une autre, non moins authentiquement pourvue du double parchemin nobiliaire et professionnel. La princesse Nackachidze fit parler d'elle il y a quelques années : son mari avait été condamné à trois mois et un jour de prison pour contravention à un arrêté d'expulsion. La princesse avait songé un moment à se rendre à Paris pour demander directement au président de la République et au Président du Conseil la grâce de son mari, en se faisant accompagner de M. Millerand, qui, en 1890, défendit le prince Nackachidze dans l'affaire des explosifs, mais elle dut renoncer à son projet. La princesse, qui parle et écrit très correctement le français, rédigea une demande en grâce, adressée au président de la République. Dans cette supplique, la jeune femme invoquait le mauvais état de santé de son mari, atteint de neurasthénie, de consomption, dont les jours, disait-elle, étaient comptés et dont le régime sévère de la prison précipiterait la fin. Elle fit, en outre, valoir son état de grossesse (la princesse était, en effet, enceinte) et supplia M. Casimir-Perier de faire un acte d'humanité, de charité, de justice, en rendant la liberté au prince, qui quitterait aussitôt la France pour se rendre en Italie. Nous ne savons quel sort eut la requête de cette femme énergique qui, déjà, dans une circonstance antérieure, avait fait preuve d'une rare témérité, en allant, à l'âge de dix-sept ans, délivrer son mari, prisonnier en Sibérie. (*Chronique médicale.*)

Service de Santé de la Marine. — Ont été promus : Au grade de médecin principal : M. Pellot, médecin de 1re classe. — Au grade de médecin de 1re classe : M. Lasselves, médecin de 2e classe. M. Jabin-Dudognon a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, pour compter du 20 août 1899 et affecté au port de Lorient.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La peste à notre époque.

Durant le XIX[e] siècle, la peste se manifesta à plusieurs reprises avec le caractère épidémique, mais les mesures énergiques prises par les gouvernements ou toute autre influence, empêchèrent le fléau de se propager et de se généraliser. L'Inde, de 1815 à 1838, avait été fortement éprouvée par une épidémie dite la peste de Pali, la Cyrénaïque et plus particulièrement Benghazi, la Perse, la Mésopotamie, avaient été tour à tour atteintes entre 1858 et 1874 ; le pays d'Assyr en Arabie en 1874 et la région de Vetlianka, du gouvernement d'Astrakan, en 1878-1879.

Mais il est facile de se rendre compte que ces pays sont des contrées où la peste bubonique est à l'état endémique ou qu'ils sont dans le voisinage et en fréquentes relations avec ces dernières régions. Il existe, en effet, un certain nombre de foyers permanents de peste et c'est d'eux que partent et se propagent les germes des grandes épidémies. Ces foyers sont la Tripolitaine et l'Ouganda en Afrique, l'Assyr en Arabie, l'Irak Arabi, le Kurdistan, le bassin de l'Indus à Garhwal, le Yunnan en Chine et les environs du lac Baïkal. Depuis 1880, la maladie paraissait se cantonner dans ces foyers, quand en 1895, elle fit son apparition à Hong-Kong, envahissant à la suite Canton et Formose. L'année suivante (août 1896) la ville de Bombay était décimée et la contagion se propageait à tout le littoral du golfe Persique où elle n'a cessé depuis de sévir avec violence.

« Toutes les conditions géologiques et physiques du sol paraissent égales devant la peste », a dit avec raison le P[r] Proust. On la voit se développer à plus de 2.000 mètres d'altitude dans les montagnes de l'Inde; à Wetlianka elle sévissait avec une température de 23°. Cependant les hautes températures estivales de 45° à 50° amènent sa disparition. Comme toutes les maladies infectieuses, elle se propage de préférence dans les villes et les régions insalubres dont la population est fort dense et où l'alcoolisme, la misère et la famine ajoutent à l'encombrement leur influence prédisposante.

La peste est une maladie microbienne dont *l'agent infectieux* a été découvert en 1894 par Yersin. Ce microbe est un bacille court, aux extrémités arrondies, qui ne se colore pas par la méthode de Gram, mais se colore assez facilement avec les couleurs d'aniline, il se cultive sur la gélose et donne lieu à des colonies à bords irisés, transparentes et blanchâtres, ses cultures dans le bouillon ont une grande ressemblance avec celles de l'érysipèle. Ce bacille peut être inoculé avec succès et il est tout particulièrement virulent pour les petits rongeurs. Chez les pestiférés, on trouve le bacille d'Yersin dans le sang, les ganglions et tous les organes, les bubons le contiennent en abondance et l'ensemencement du pus qui en provient donne lieu à des cultures absolument pures (1).

(1) Consulter le Mémoire de Yersin (*Ann. de l'Institut Pasteur*, septembre 1894.)

Par quel moyen se propage le microbe de la peste? Il est indiscutable qu'il se transmet d'homme à homme et le plus souvent par les effets d'habillement. Ainsi l'on observa à Londres, en septembre 1896, que deux personnes, venant des Indes sur un vaisseau où pendant la traversée l'on n'avait pas constaté un seul cas de peste, avaient été atteintes de la maladie après s'être vêtues de foulards provenant de Bombay. Ces malades avaient quitté le bateau en excellente santé et n'avaient pas pris part au déchargement des marchandises. La peste doit encore se propager par inoculation directe, l'on attribue aux excoriations des pieds la prédisposition des Chinois, qui marchent pieds nus, à la peste et la fréquence chez eux des bubons inguinaux. L'infection par voie pulmonaire ne paraît pas douteuse après l'observation qu'on a pu faire l'an dernier, à Vienne, du cas du malheureux D[r] Müller, mort en soignant le garçon de laboratoire, Barisch.

Un mode de transmission qui joue peut-être un grand rôle dans la propagation rapide de l'épidémie, est celui par les rats et les parasites. On a observé que chaque épidémie de peste était précédée d'une épizootie frappant de préférence les rongeurs et les rats et comme la mort de ces animaux amène la migration de leurs parasites, on a fait jouer un rôle important aux puces qui, abandonnant leurs cadavres, serviraient à répandre la maladie par inoculation.

La peste éclate brusquement, le plus souvent après cinq ou six jours d'incubation. Son début violent est semblable à celui de beaucoup de maladies infectieuses épidémiques et offre quelques similitudes avec celui de la variole : frisson violent, fièvre très forte, 40° et même 41°, céphalalgie, rachialgie, vomissements, photophobie, soif intense, etc. Le visage est pâle et terreux, les yeux sont injectés ; la langue, un peu tuméfiée, est saburrale, et présente au début, d'après Von Heine, une raie bleuâtre caractéristique. La température qui va en augmentant les deux premiers jours atteint parfois 41°,5, puis parfois subit une rémission le troisième jour pour remonter ensuite. Dès le début, le pestiféré est prostré, bien que conservant au début toute sa lucidité, il ne tarde pas à être pris de délire, à présenter de la carphologie et même à tomber dans le coma. Le délire comme dans les intoxications s'accompagne en temps ordinaire d'hallucinations. Les fonctions digestives sont troublées d'abord par les vomissements, puis surviennent souvent des selles diarrhéiques. Le foie est un peu gros. Les battements du cœur sont rapides et faibles, le pouls fréquent, dépressible, parfois dicrote. La respiration est rapide et gênée ; les urines rares, sédimenteuses, parfois il existe de l'hématurie. Dans les cas très légers, mais qui sont très rares, la maladie s'atténue dès le troisième jour et laisse le convalescent dans un état de faiblesse considérable. Le plus souvent l'on voit survenir des *complications* qui prolongent et modifient la marche de la maladie. La complication la plus fréquente, au point qu'elle donne son nom à la maladie, est l'apparition des *bubons*. Parfois elle s'accompagne d'un amendement notable des symptômes infectieux. Les ganglions qui s'enflamment sont le plus souvent ceux de l'aine au voisinage de la veine saphène, on a vu encore

les bubons avoir leur siège aux aisselles, au cou, à l'angle de la mâchoire et beaucoup plus rarement au creux poplité et au niveau du coude. Ces bubons offrent l'aspect d'une tumeur ovoïde de la grosseur d'une noix dans les cas moyens, assez douloureux généralement à la palpation. Un seul ganglion est volumineux en général. Autour de lui on en observe un ou deux autres atteints mais beaucoup moins engorgés. Parfois ces tumeurs se résolvent, assez souvent elles suppurent, s'ulcèrent et finissent par guérir en laissant une cicatrice caractéristique à bords très indurés. Les ganglions profonds, ceux du médiastin, du mésentère, par exemple, peuvent être atteints et donner lieu à tous les accidents des adénopathies infectieuses.

Dans un tiers des cas environ, outre les bubons se manifestent les *charbons*, véritables anthrax gangreneux, qui, comme l'anthrax, se sphacèlent et suppurent. Les ulcères qui sont consécutifs au détachement de l'escarre des charbons pesteux, peuvent être très profonds et atteindre les muscles et même les os.

A côté des charbons, s'observent une foule d'*autres accidents cutanés :* des roséoles, des exanthèmes, des éruptions vésiculeuses et surtout des pétéchies qui coïncident ordinairement avec une forme hémorragique de la maladie. Charcot admet trois formes de peste : la *forme foudroyante* qui amène la mort du malade en quelques heures ou quelques jours, la *forme grave* qui est la forme ordinaire qui répond au type clinique habituellement décrit, et la *forme bénigne* qui peut être très légère et qui consiste le plus souvent en troubles généraux accompagnés d'une adénopathie légère. Néanmoins, quelles que soient la forme et la marche favorable de la peste, le pronostic doit être réservé car la maladie donne fréquemment lieu à de dangereuses rechutes.

M. Netter qui, dans la *Presse médicale* (1), a récemment consacré à la peste bubonique trois intéressants et savants articles, décrit plusieurs types cliniques de la peste :

1° La *peste classique*, sur la description de laquelle nous ne saurions revenir.

2° Une *forme septicémique*, dans laquelle entre la plupart des cas foudroyants qui s'accompagne souvent d'accidents hémorragiques.

3° Une *forme pneumonique*, découverte à Bombay par Childe en 1897. Ce savant clinicien démontra, au moyen de cultures, que beaucoup de broncho-pneumonies graves qui se manifestaient en même temps que l'épidémie de peste, étaient de même origine bactérienne. La pneumonie pesteuse débute par les symptômes généraux infectieux ; la toux, le point de côté, les râles crépitants se manifestent en même temps. L'expectoration permet de faire le diagnostic différentiel, tant à cause des nombreux bacilles de Yersin qu'elle contient, seuls ou associés aux pneumocoques ou aux streptocoques, qu'à cause de l'aspect des crachats roses, spumeux et aqueux, et non rouillés et visqueux comme dans la pneumonie franche. Cependant, dans les cas où les microbes de la peste sont associés aux pneumocoques, l'aspect des crachats peut être celui de l'expectoration des pneumonies ordinaires. Cette forme pneumonique parait avoir été fréquente dans les épidémies de peste dite noire où les hémorragies, les pétéchies étaient plus fréquentes que les bubons.

4° Une *forme intestinale* est encore décrite par Hojel, mais les cas qui peuvent entrer dans ce cadre sont peu nombreux s'ils sont indiscutables ; la diarrhée, le ballonnement du ventre, les vomissements en sont les plus importants symptômes.

5° La *peste ambulante* qui n'est autre que la forme bénigne de Charcot.

On aurait tort du reste de vouloir classer en formes bien délimitées les diverses observations de peste, chaque épidémie a des caractères cliniques particuliers, et tout en reproduisant en général les principaux symptômes classiques, elle conserve une physionomie à part. Ainsi, dans les siècles derniers, les pestes noires offraient des caractères si spéciaux, que les médecins d'alors tendaient à en faire une maladie différente de la peste bubonique. Dans les épidémies les plus récentes qui ont sévi en Perse (1897-1899) et en Kurdistan, les bubons étaient très rares, tandis que les charbons et les pétéchies étaient fréquents. La forme pneumonique est, à l'heure actuelle, constatée souvent à Alexandrie et à Oporto.

Le *diagnostic* est ordinairement facile à établir, néanmoins on se rendra compte des difficultés que rencontrera le médecin à dépister la peste, lorsqu'au début ou en dehors d'une épidémie il se trouvera en présence de formes pneumonique, intestinale ou septicémique. L'examen bactériologique sera alors d'utile ressource.

Le *pronostic* de la maladie est des plus graves, les cas bénins de peste sont tout à fait exceptionnels et la mortalité de cette maladie, en moyenne de 50 à 60 0/0, a dans certaines épidémies atteint le chiffre effroyable de 95 0/0. Cela suffit à légitimer l'émotion qu'a produite la nouvelle de l'apparition de la peste à Oporto.

Heureusement que depuis quelques années nous disposons de moyens puissants de lutte contre le fléau.

Les *moyens prophylactiques* sont plus perfectionnés qu'au Moyen Age, mais, somme toute, restent les mêmes. Ce sont toujours des cordons sanitaires, des quarantaines, des isolements, des désinfections. Lors de la dernière épidémie de Bombay, le gouvernement britannique prit des mesures draconniennes ; un Comité de défense (1) fit visiter les maisons soupçonnées de cacher des malades, ces derniers étaient hospitalisés aussitôt, les personnes de leur entourage isolées dans un camp spécial, la maison désinfectée au sublimé et à la chaux et ventilée durant 20 jours avant qu'il fût permis de l'habiter de nouveau. Ces mesures étaient nécessaires, mais elles étaient si vexatoires qu'on ne put les prolonger suffisamment pour éteindre l'épidémie. La population hindoue s'était ameutée.

Ces mesures de prophylaxie ne sont efficaces que si elles sont prises à temps tout au début de l'épidémie.

(1) *Presse médicale*, numéros des 30 aout, 2 septembre et 6 septembre 1899.

(1) Lire dans le Bulletin du *Progrès médical* du 2 septembre 1899, la description des mesures prises à Grenoble du XIVe au XVIIIe siècle contre la peste.

C'est grâce à elles que les cas de peste ont été très peu nombreux à Vienne en 1898. Une fois que la peste s'est nettement déclarée dans une ville, qu'elle a donné lieu à plusieurs cas, il est rare qu'on en vienne facilement à bout, l'exemple d'Oporto en est la preuve.

Le *traitement* nouveau de la peste, bien que ne diminuant en rien la nécessité des mesures prophylactiques est le seul progrès réellement efficace de la science dans sa lutte incessante contre cette maladie. Ce *traitement sérothérapique*, découvert par Yersin et ses collaborateurs Roux, Calmette et Borrel, est basé sur les mêmes principes que la sérothérapie antidiphtérique telle qu'elle a été établie par les Behring, les Kitasato et les Roux. Les procédés de sérothérapie antipesteuse se sont améliorés par des expériences poursuivies sans relâche à l'Institut Pasteur de Paris d'une part et au laboratoire de Nha Trang au Tonkin par Yersin d'autre part. Voici en quelques mots en quoi consiste la méthode. Les expérimentateurs sont parvenus à tuer le bacille de la peste dans les cultures en les chauffant durant une heure à 70°; par l'inoculation lente et progressive de ces cultures, ils ont ensuite immunisé des lapins d'abord, des chevaux ensuite. Les chevaux mirent un an à un an et demi pour être immunisés, car après chaque injection de culture de bacilles morts, ils tombent malades et un certain temps était nécessaire à leur guérison pour permettre une nouvelle inoculation. Au bout d'un an ils peuvent supporter sans accident une injection de culture de bacilles vivants. Le sérum de ces animaux injecté à la dose de 1/20 de centimètre cube 12 heures avant l'inoculation du bacille de la peste à une souris permet de la mettre à l'abri de la maladie qui ordinairement la tue en deux ou trois jours, et un demi-centimètre cube de sérum guérit une souris inoculée depuis environ vingt heures. Expérimenté par Wyssokowicz et Zabolotny sur des singes, le sérum de Yersin a donné d'excellents résultats et Yersin lui-même a pu injecter le sérum antipesteux à 26 pestiférés à Canton et à Amoy et obtenir 24 guérisons. Les résultats obtenus par Yersin à Bombay furent un peu moins satisfaisants, mais encore fort appréciables, et cette différence peut être attribuée selon l'opinion de M. Netter, au nombre de cas de septicémie pesteuse et de peste pneumonique, formes « contre lesquelles chacun s'accorde à considérer le sérum comme à peu près inefficace ». *Peut-on considérer les effets du sérum de Yersin comme définitifs?* Il serait peut-être téméraire de l'affirmer, la méthode de notre savant compatriote nous paraît appelée à un succès prochain, mais nous devons avouer que les résultats ne sont pas encore absolument satisfaisants et que la technique de la sérothérapie antipesteuse demande encore à être perfectionnée. Les missions allemande, anglaise, russe, autrichienne, qui successivement ont tenté les inoculations de sérum, sont encore sceptiques sur ses effets curatifs.

A côté de la méthode de Yersin, nous devons signaler une méthode analogue inaugurée par Roux, qui consiste à injecter aux chevaux qui doivent fournir le sérum une solution de toxine pesteuse soluble. Ce procédé abandonné par son auteur a été repris par Lustig, Galeotti et Polverini et les résultats obtenus n'ont été que médiocrement satisfaisants lorsqu'on a tenté leur application dans les Indes. On a constaté que le sérum ainsi préparé était tout aussi inefficace que celui de Yersin dans la pneumonie pesteuse.

A côté de cette sérothérapie curative s'est développée une autre méthode, la *sérothérapie préventive* ou *prophylactique*. Yersin a bien constaté dans des circonstances où le doute n'est guère permis, que son sérum assure aux sujets sains l'immunisation, mais cette immunisation ne dépasse pas quatorze jours. Un médecin russe, Haffkine, a substitué à l'immunisation trop courte par le sérum antitoxique, celle produite par les bouillons de cultures du bacille de la peste, dans lesquels le microbe a été tué en portant les tubes qui contiennent ces bouillons à une température de 70° durant une heure. L'inoculation de ce bouillon, à la dose de 3 cc. chez un homme vigoureux, détermine de la fièvre et les symptômes atténués du début de la peste, les ganglions situés au voisinage du point de l'injection sont même un peu engorgés et douloureux, en somme Haffkine opérerait ainsi une véritable *vaccination de la peste*. L'expérience semble démontrer que cette méthode de vaccination donne des bons résultats; l'immunisation ainsi obtenue ne dépasserait pas toutefois une année. Les autorités anglaises de l'Inde paraissent persuadées de l'efficacité du procédé d'Haffkine puisqu'elles dispensent de l'isolement les personnes qui ont été en relation avec des pestiférés lorsqu'elles peuvent établir, au moyen de certificats, qu'elles ont subi depuis moins de six mois la vaccination d'Haffkine.

La peste d'Oporto va peut-être permettre de trancher définitivement la question de la sérothérapie curative et préventive de la peste. D'une part, la Société russe contre la peste va envoyer à Oporto le Dr Heppenez muni d'une grande quantité de sérum antipesteux. D'autre part, l'Institut Pasteur a délégué le Dr Calmette et un de ses collègues, dans le but d'étudier le traitement de la peste.

Le gouvernement portugais, après avoir fait la sourde oreille lors des premières constatations du Dr Jorge (ces constatations dateraient du 12 juillet, alors que la reconnaissance officielle de l'épidémie n'a été que du 15 août), paraît un peu plus soucieux de son devoir. Un cordon sanitaire est établi autour d'Oporto, des mesures de désinfection sont prises. Les corps des pestiférés décédés sont *incinérés*, excellente mesure, puisqu'il a été démontré que le réveil de certaines épidémies était dû à des exhumations. Espérons qu'après cette alerte, la formule que Benjamin Disraëli donnait à l'Etat moderne : *Sanitas sanitatum, omnia sanitas*, rentrera dans la réalité de l'histoire et que, comme le prétendait récemment un rédacteur du *Temps*, l'écho railleur ne répondra pas le *Vanitas vanitatum*. Dans des conférences internationales à Dresde, à Paris, à Venise, les gouvernements européens se sont engagés mutuellement à prendre les mesures nécessaires pour éviter à l'Europe l'extension du fléau. Il faut que ces mesures soient effectives; et nous ne saurions mieux faire que de reproduire, pour conclure la dernière

phrase d'un article sur la peste, de M. G. Hanotaux : « Qu'on réunisse donc immédiatement un comité de défense, une nouvelle conférence, non pas imposante et délibératrice, mais peu nombreuse et active; qu'on lui donne les pouvoirs nécessaires, qu'on s'en rapporte à elle et qu'elle avise. » J. NOIR.

L'incinération à Rouen.

Sur la prière de la *Société pour la propagation de l'incinération*, nous avons fait dernièrement (1) une conférence à l'Hôtel de Ville de Rouen, pour attirer l'attention des Rouennais sur les raisons de toutes sortes qui militent en faveur de la destruction rapide des cadavres par le feu. Notre parole, appuyée par des projections lumineuses habilement présentées par M. Mesnard, instituteur à l hospice de Bicêtre, a paru intéresser l'auditoire nombreux et varié, d'autant qu'il était encore sous le coup d'une nouveauté pour les Rouennais : l'inauguration d'un four crématoire.

En effet, la capitale de la Normandie est aujourd'hui la deuxième ville de France qui soit dotée, comme Paris, d'un appareil à incinération. Comme Reims viendra bientôt en ligne de compte en pareille initiative, c'est donc un progrès qui s'accentue chez nous; progrès bien lent, si l'on songe que l'Angleterre et l'Allemagne auront bientôt chacune six fours crématoires (2), et qu'il y en a déjà vingt aux Etats-Unis et vingt-sept en Italie. A Rouen, cette création résulte d'une délibération du Conseil municipal de cette ville, en date du 26 mars 1897. Comme l'a établi le rapporteur, M. Garnier, ce n'est pas accidentellement que la question a été soulevée à Rouen, « mais elle était dictée par d'impérieuses préoccupations de salubrité générale, la ville se trouvant dans des conditions particulièrement désastreuses à cet égard par sa situation topographique ». Les cimetières de Rouen sont étagés sur le haut des collines qui la dominent et « forment aux vivants une ceinture de morts »; et l'on a pu constater que les sols en bas-fond sont infectés des matières organiques charriés par les eaux, et que dans le cimetière du Nord en particulier, où est installé le four crématoire, on retrouve après plus de quinze années, des cadavres dont la décomposition n'est pas faite (3), comme par sursaturation du terrain.

Le monument lui-même, destiné en principe à incinérer les cadavres abandonnés provenant des hôpitaux, de la Morgue ou des tombes ouvertes pour le renouvellement, est d'apparence sévère : une simple attique surmontée par deux consoles surmonte la porte d'entrée. On entre dans une vaste salle, dont le plafond central forme coupole, et à laquelle est contiguë une sorte de chapelle où l'on dispose le catafalque. L'appareil générateur de chaleur est du système d'un de ceux qui fonctionnent au Père-Lachaise (4), avec cette différence, qu'en raison du moindre travail à fournir, il est à Rouen à « marche discontinue ». L'ensemble de la construction a coûté 44.000 francs, dont 15.500 francs pour le four crématoire.

Le columbarium n'existe pas encore, et le Conseil municipal de Rouen qui a voté courageusement, dans un milieu spécial, une mesure de progrès, rencontrerait, parait-il, dans son sein, quelques hésitations pour couronner son œuvre, par l installation d'un columbarium dans l'ancienne chapelle désaffectée. Peut-être même a-t-on escompté notre conférence pour ramener dans la logique les quelques hésitants, en leur rappelant qu'il est trop tard de faire des réserves sur l'opportunité du columbarium, après avoir décidé la construction et la mise en marche du four crématoire. En outre, il n'y a pas de crematorium sans cinerarium; les deux termes sont corrélatifs l'un de l'autre, et il serait vraiment absurde d'enterrer les cendres, alors que l'objectif de la crémation est tout contraire à l'inhumation. Mais nous sommes certain qu'il n'y a pas insister, et que les conseillers municipaux de Rouen finiront, complètement et à merveille, l'œuvre d'hygiène et de liberté qu'ils ont si dignement commencée.

Paul CORNET

(1) 12 août.

(2) En Angleterre : Woking, Manchester, Liverpool, Glasgow, Hull, Sheffield; en Allemagne : Gotha, Hambourg, Heidelberg, Iéna, Offenbach, Eisenach.

(3) *Journal de Rouen*, 3 janvier 1899.

(4) Système Toisaul et Fradet.

REVUE D'UROLOGIE

Redacteur spécial : M. le Dr A. MALHERBE.

I. — De la dysurie sénile et de ses diverses complications par Victor ROCHET, agrégé de l'Université de Lyon.

I. — Rochet pense que les expressions de prostatisme, de Guyon, ou de scléro, vésico-prostatisme de Desnos, tout en étant très justes, ne sont pas assez compréhensives pour exprimer ces troubles fonctionnels des vieillards, auxquels tout l'arbre urinaire prend part. C'est pourquoi il préfère le nom de Dysurie sénile ou Maladie urinaire des vieux.

Rochet étudie d'abord les lésions prostatiques et vésicales de la dysurie sénile. Après avoir, dans un rapide résumé, montré les rapports physiologiques de l'urètre et de la prostate et indiqué la présence de glandes tout autour du canal, même à sa partie antérieure, il arrive à l'hypertrophie prostatique qu'il divise en générale et partielle. La première peut être régulière ou irrégulière: en réalité, une hypertrophie absolument régulière est sans doute fort rare. De même, une hypertrophie absolument limitée à tout ou partie d'un lobe semble tout à fait exceptionnelle : on peut dire que l'hypertrophie porte toujours sur toute la glande, mais tantôt avec prédominance dans un lobe, tantôt avec des lobes hypertrophiés à peu près dans les mêmes proportions. Les déformations et changements de direction du canal s'accompagnent d'un allongement qui peut porter la portion prostatique de trois centimètres qu'elle a normalement, à 5, 6 et 7 centimètres. Rochet montre, par un grand nombre de schémas, les déformations diverses résultant de l'hypertrophie. Il fait voir que la forme de l'hypertrophie a plus d'importance que son degré pour la production des troubles de la miction. Pour produire ces troubles, l'hypertrophie agit, ou bien par compression ou resserrement du canal, ou bien par la formation de saillies pénétrant dans le canal et l'obstruant, comme dans les cas de luette vésicale. C'est là la forme occlusive de l'hypertrophie prostatique; elle est due à l'hypertrophie prédominante du lobe moyen et peut à elle seule produire la dysurie grave et la rétention chez le vieillard (1). L'hypertrophie prédominante des deux lobes latéraux produit, quand les sommets des deux lobes se touchent, des déformations en sablier; quand ils s'emboîtent ou chevauchent l'un sur l'autre, on a la déformation alterne de Voillemier. La dureté du tissu prostatique néoformé sera un facteur important de la dysurie. En somme, la plupart des hypertrophies ont besoin, pour produire la rétention d'être aidées par un autre facteur qui peut être la congestion ou le spasme, ou seulement l'affaiblissement de la contractilité vésicale. En ce qui concerne la structure histologique de l'hypertrophie prostatique, Rochet n'adopte aucune des opinions émises jusqu'à présent d'une manière exclusive. Il admet les fibromes et l'artério-sclérose décrits par Launois; il admet également la théorie glandulaire de Motz et d'Albarran. On sait que ces derniers vont jusqu'à considérer l'hyper-

(1) Cette forme serait très rare d'après Poncet. *Cystostomie sus-pubienne*. Paris, 1899, page 194.

trophie de la prostate comme le premier degré de l'évolution d'un épithéliome, opinion qui peut contenir une part de vérité, mais dont l'application à la généralité des cas nous semble au moins téméraire. Qui dit lésion glandulaire ne dit pas pour cela épithéliome. La rareté du cancer de la prostate comparativement à la fréquence de l'hypertrophie de la glande suffirait à elle seule pour nous faire faire les plus expresses réserves sur l'assimilation des deux processus. Les lésions vésicales chez les vieux comportent tantôt un amincissement, tantôt un épaississement de la paroi vésicale. Les muscles, souvent accrus en volume, sont plus ou moins étouffés par la prolifération du tissu conjonctif qui les enserre. Le bas-fond vésical, inconnu chez les jeunes gens, se développe et détermine la rétention incomplète de l'urine. Enfin apparaissent des cellules ou des poches vésicales qui sont la source de nombreuses complications. L'auteur est muet sur les altérations de l'épithélium vésical, altérations qui sont pourtant les premières en date et qui débutent aussitôt que la vessie rétentionniste est infectée.

Le deuxième chapitre de la Dysurie des vieux a pour titre : Symptomatologie générale. Variétés cliniques. Il débute par une étude de la dysurie sans rétention due à l'atonie vésicale. Il montre les troubles ordinairement assez légers qui en sont la conséquence ; puis il aborde l'étude des phénomènes pathologiques dus à l'hypertrophie prostatique.

Le premier symptôme est la rétention qui peut être complète ou incomplète, qui peut s'accompagner ou être suivie d'incontinence fausse, le malade urinant par regorgement, ou même d'incontinence vraie, la vessie ne pouvant plus garder de liquide. Notons que cette forme, admise trop facilement par Mercier, paraît excessivement rare. Bien que l'hypertrophie de la prostate, associée ou non à la parésie vésicale, suffise à produire la rétention d'urine, il n'en est pas moins vrai que, dans la plupart des cas, la dysurie ou la rétention se produisent sous l'influence de la congestion ou du spasme. L'effet de la congestion a été bien étudié surtout depuis que la thèse de Tuffier a appelé l'attention sur ce sujet. Cette congestion se montre sous l'influence du froid, du repos trop prolongé, des voyages en chemin de fer et surtout après les écarts de régime. On a pu dire qu'en souhaitant la fête à leur grand-papa, c'étaient souvent ses petits enfants qui lui donnaient sa première rétention d'urine.

Le spasme urétral, si gênant pour sonder certains rétrécis, paraît se retrouver aussi dans l'hypertrophie de la prostate ; cependant, d'après Guyon, le spasme ne s'observerait que dans la portion membraneuse de l'urètre. Il n'en est pas moins permis de penser que le spasme de cette portion membraneuse peut venir renforcer l'effet des lésions prostatiques et faire qu'un sujet qui pisserait mal sans spasme, avec spasme, ne pisse plus du tout.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'étude de toutes les complications qui peuvent affliger les dysuriques prostatiques : hématuries, cystites, péricystites, poches vésicales, calculs, lésions de l'urètre et du rein, orchites, troubles digestifs, etc. Nous avons hâte d'arriver à la partie qui a le plus d'intérêt actuellement, c'est-à-dire au traitement. Que faire à un malade dont la prostate est hypertrophiée ? Rochet a passé en revue tout ce qui a été tenté jusqu'à ce jour pour améliorer le sort des malheureux prostatiques. Il a même imaginé des instruments (1) et plusieurs opérations (2) dont nous dirons un mot plus tard, mais auxquelles manque la sanction de l'expérience et auxquelles on peut, *a priori*, adresser le reproche d'être trop compliquées pour donner des succès chez les véritables *noli me tangere* que sont beaucoup de vieux prostatiques. Nous ne dirons rien de la médication interne, des iodures, de l'ergot de seigle, etc , qui n'ont jamais donné de résultat sérieux. L'opothérapie, qui consiste à donner aux malades 10 à 15 cc. d'extrait glycériné de prostate ou 40 à 50 centigrammes de poudre de prostate par jour, est encore dans la phase expérimentale et les résultats ne dépassent pas ce que l'on peut attribuer à la suggestion. Inutile d'insister sur l'utilité du traitement médical dirigé contre les complications telles que les troubles digestifs ou la douleur, par exemple.

Le traitement chirurgical est beaucoup plus important : il comprend les opérations palliatives de petite chirurgie telles que les sondages et les lavages vésicaux d'une part et, d'autre part, les opérations de haute chirurgie destinées soit à supprimer directement ou indirectement l'obstacle à la miction, soit à créer pour les urines une voie de dérivation destinée à remplacer la voie naturelle irrémédiablement obstruée.

La nécessité de vider la vessie à un malade qui n'urine plus ou qui urine insuffisamment conduit tout d'abord le chirurgien à l'usage de la sonde qui doit être employée avec les plus grandes précautions d'asepsie et qui sera tantôt une sonde de Nélaton, tantôt une sonde à béquille ou même une sonde métallique à grande courbure ou une sonde molle munie d'un mandrin. Comme l'a dit depuis longtemps le Pr Guyon, l'évacuation sera lente et, si la vessie est distendue, elle ne sera pas poussée à fond du premier coup, pour éviter une congestion trop intense de la muqueuse vésicale.

Lorsque le sondage réussit, plusieurs cas peuvent se présenter : ou bien un seul cathétérisme suffit pour rétablir le fonctionnement naturel de la vessie et cela s'observe encore assez souvent chez les jeunes sujets qui n'ont pas une trop mauvaise prostate et qui sont rétentionnistes à la suite d'un écart de régime, d'un coup de froid ou d'un besoin d'uriner trop longtemps inapaisé ; ou bien ce premier cathétérisme devra être suivi de beaucoup d'autres. Le malade pourra même être condamné au cathétérisme à perpétuité et tous les chirurgiens connaissent des vieux prostatiques qui, pendant leurs dix ou quinze dernières années, ne peuvent émettre une seule goutte d'urine sans le secours de la sonde.

Lorsque le cathétérisme suffit pour ramener la miction à un état satisfaisant, ce résultat peut être obtenu, comme nous l'avons dit, par un seul sondage ; mais le plus souvent, les cathétérismes doivent être répétés et même on est obligé de recourir à la sonde à demeure. La sonde à demeure, quand elle est bien supportée, soulage rapidement le malade, fait tomber la température quand il y a de l'infection et de la fièvre et procure même parfois une guérison complète, la fonction se rétablissant pour un temps indéterminé. Il arrive qu'après l'usage de la sonde à demeure un certain nombre de malades se remettent à vider à peu près leur vessie et restent guéris pour des années. Malheureusement, les sondages n'ont cette valeur curative que chez un assez petit nombre de malades. A ceux chez qui le cathétérisme est facile et bien supporté, on peut leur apprendre à se sonder eux-mêmes avec toutes les précautions antiseptiques de rigueur ; mais que faire aux prostatiques quand le sondage est impossible ou mal toléré ?

Le chirurgien ne peut agir que de deux manières : désobstruer la voie naturelle en supprimant ou en amoindrissant l'obstacle, ou bien offrir à l'urine une voie de dérivation. Cette dernière indication doit être remplie tout d'abord quand il y a rétention complète et que le cathétérisme est impossible. On peut offrir une voie de dérivation à l'urine par la ponction ou par l'incision de la vessie, suivie ou non de l'établissement d'un néo-canal permanent. Dans ce cas, l'opération prend le nom de cystostomie.

La ponction de la vessie peut être faite avec un gros trocart ou avec un trocart capillaire. La prétendue innocuité de la ponction capillaire et la simplicité de son manuel opératoire l'ont fait entrer rapidement dans la pratique ; mais il est bon de savoir que cette petite opération n'est pas toujours sans danger. Sans doute, une ponction isolée, alors que l'on est en droit de penser que la vessie n'est pas infectée, pourra être profitable au malade et j'aime mieux me trouver en présence d'un prostatique ponctionné proprement que fatigué par des tentatives infructueuses de cathétérisme. Cependant, Poncet a relevé des cas de mort après une seule ponction hypogastrique et cette intervention, qui paraît si bénigne, ne saurait être employée avec trop de circonspection. Aussitôt qu'il y a doute sur l'asepsie de la vessie, il vaut mieux inciser la vessie que de la ponctionner. L'incision de la vessie se fait presque toujours par la voie sus-pubienne. Depuis que Bois d'Aurillac a remis la taille hypogastrique en honneur en France, cette

(1) Le dilatateur de la prostate.

(2) La cystostomie périnéale et l'urétroprostatoplastie qui se fait sous la symphyse pubienne. Cete dernière nous paraît difficilement applicable chez le vivant.

opération a été adoptée, en raison de sa facilité, par tous les chirurgiens. Elle est même devenue une opération préliminaire par exemple, dans le cas d'urétrotomie externe, lorsqu'on ne trouve pas le bout postérieur de l'urètre.

On pourrait aussi drainer la vessie par le périnée, mais cette opération, facile lorsqu'on peut passer un conducteur dans la vessie, devient beaucoup plus difficile et aléatoire quand l'obstacle prostatique est infranchissable. La taille sus-pubienne peut être pratiquée sans que l'on prenne aucune mesure spéciale pour maintenir ouverte la nouvelle voie offerte à l'urine, ou suivie de la fixation à la peau de la muqueuse vésicale et l'on a alors l'opération de Poncet, ou cystostomie sus-pubienne.

II. — Traité de la cystotomie sus-pubienne; par Antonin Poncet, professeur à la Faculté de Lyon, et Xavier Delore.

II. — Antonin Poncet, avec la collaboration de Xavier Delore, vient de publier un Traité de la cystostomie sus-pubienne dans l'hypertrophie prostatique, avec application de cette nouvelle méthode aux diverses affections des voies urinaires. Cet important travail mérite que nous nous y arrêtions. Voyons d'abord les indications : chez un prostatique, rétentionniste aigu, aseptique, Poncet conseille et pratique d'emblée la cystostomie lorsque le sondage est impossible. Il pratique également la cystostomie dans le cas de fausses routes, de cathétérisme difficile, douloureux, urétrorragique, etc. Poncet proscrit la sonde à demeure et toutes les ponctions vésicales sus-pubiennes et autres, quel que soit le *modus faciendi* adopté. Lorsque ces moyens de traitement paraissent indiqués, il faut leur substituer la création d'un méat hypogastrique, méthode opératoire bien réglée et innocente. Suivant l'état des voies urinéaires, le méat sera temporaire ou permanent. On voit que Poncet est très entier dans l'exposé des indications de sa méthode qu'il défend d'ailleurs avec le plus grand talent. Peut-être est-il mal inspiré en proscrivant la sonde à demeure qui est supportée par beaucoup de malades, à la condition toutefois d'être très bien placée et qui a donné de si beaux succès au Pr Guyon et à ses élèves. Comme l'a montré maintes fois Guyon, les courbes de température en main, la sonde à demeure bien placée fait presque toujours tomber immédiatement la température. Il est vrai de dire que le malade peut déplacer aisément sa sonde, tandis que le cystostomisé n'a qu'à laisser couler son urine. Le vrai tort de la sonde à demeure, c'est que les bons résultats de cette méthode sont à la merci de l'indocilité d'un malade. En elle-même, la sonde à demeure, qui respecte l'intégrité de la paroi abdominale, est d'un emploi excellent. Il n'en est pas de même de la ponction; c'est une opération aveugle dont la bénignité est beaucoup plus apparente que réelle et qui ne doit la faveur dont elle jouit qu'au motif suivant : c'est que ses méfaits, qui sont l'infection du péritoine ou du péricystium, se confondent avec l'infection générale dépendant de la maladie elle-même, de sorte que ni le malade ni son entourage ne se doutent que l'aggravation de la maladie résulte de l'application d'un moyen thérapeutique mal choisi. La ponction, même capillaire, de la vessie résistera donc malaisément à l'attaque vigoureuse de Poncet qui ne la fait jamais, préférant recourir d'emblée à sa cystostomie. Serons-nous aussi exclusifs que ce chirurgien? Non, sans doute, et nous permettrons une ponction, unique autant que possible, lorsqu'on croit être sûr que la vessie n'est pas infectée. Chez les infectés, les empoisonnés urinaires, comme dit Poncet, la cystostomie doit être employée d'emblée, à moins que le cathétérisme ne soit pas trop difficile et que la sonde à demeure ne soit bien supportée. Une sonde à demeure, bien mise et bien tolérée est, comme nous l'avons dit, un moyen excellent qu'un malade suffisamment renseigné voudra toujours essayer avant de se laisser fendre le ventre. Chez un infecté dont l'obstacle prostatique est infranchissable, il n'y a aucune hésitation à avoir : c'est la cystostomie de Poncet qui semble tout indiquée.

Nous ne dirons qu'un mot du manuel opératoire de cette intervention, qui est des plus simples. Nous renverrons pour les détails au livre de Poncet. Le malade étant asepsié et anesthésié est placé dans la position de Trendelenburg. Pas de ballon de Petersen. Injection, si possible, d'eau boriquée. Cette injection peut être faite, au besoin, sans sonde. Elle est inutile si la vessie est très distendue. Incision de 6 à 8 centimètres sur la ligne médiane. On cherche la paroi antérieure de la vessie, en ayant bien soin d'accrocher avec l'index et de repousser en haut le cul-de-sac péritonéal dont, il faut bien le savoir, les rapports avec la symphyse pubienne sont très variables. Ils peuvent aller jusqu'au contact et même jusqu'à l'adhérence. On ponctionne la vessie le plus près possible du pubis puis, après avoir lavé, désinfecté et asséché la plaie, on place quelques points de suture, six habituellement, qui unissent la paroi abdominale dans toute son épaisseur, y compris la peau, avec les bords de l'ouverture vésicale. Cette opération, dit Poncet, doit être pratiquée en quelques minutes. Sa simplicité est, en effet, l'argument qui plaide le mieux en sa faveur. Le pansement est à peu près nul et, pendant quelques jours, le cystostomisé est un *noli me tangere*, un malade auquel il ne faut plus toucher. Les résultats de l'opération varient, au point de la survie, selon l'état du malade au moment de l'opération. Il admet que la mortalité est nulle chez les non infectés. Il ne faudrait pourtant pas s'y fier absolument chez les sujets très vieux. Aux approches de 80 ans, l'intervention la plus bénigme peût occasionner la mort. Dans ces cas, ce n'est pas l'opération qui tue le vieillard ; c'est bien entendu ; mais il profite de l'occasion pour faire une fin. Cependant quelques exemples, dont le plus célèbre est celui de Diday, montrent que, même après 80 ans, la cystostomie peut donner des succès complets à tous les points de vue, au point de vue fonctionnel comme à celui de la survie.

Les résultats sont moins satisfaisants chez les infectés. On pouvait le prévoir d'avance. Poncet divise les infectés, au point de vue du degré d'infection, en suraigus, aigus et chroniques. Les suraigus ne donnent que des décès. Il n'est que juste de dire que ces malades semblent condamnés quelle que soit la méthode de traitement adoptée. Les infectés aigus et chroniques donnent un peu moins d'un tiers de décès. Du reste, voici la statistique de Poncet : 26 prostatiques atteints de rétention aiguë et non infectés, ont donné 1 mort et 25 guérisons. 13 rétentionnistes chroniques ont donné 1 mort et 12 guérisons. 19 cystostomisés infectés aigus ont donné six morts et 46 opérés infectés chroniques ont donné 13 morts dans le premier mois. Malheureusement les malades appartenant à cette dernière catégorie ont donné une mortalité assez considérable dans la première année. Quant aux résultats fonctionnels chez les malades qui se sont guéris, ils varient beaucoup : chez certains, le cours naturel des urines se rétablissant la voie hypogastrique se ferme peu à peu et s'oblitère, avec ou sans le secours du chirurgien. Chez les autres, le méat hypogastrique peut devenir continent, comme chez Diday, ou bien demi-continent ; ce sont les cas heureux. Parfois le malade a été obligé d'entretenir par le cathétérisme la perméabilité de son nouvel urètre. Malheureusement, la plupart de ces urètres hypogastriques sont atteints d'une incontinence absolue, de sorte que le malade reste affligé de la plus dégoûtante infirmité ; il est baigné constamment par ses urines ; obligé de porter un appareil difficile à maintenir en place; il répand une odeur urineuse repoussante. Son sort, en somme, est peu enviable. Si l'on était sûr de réussir dans la majorité des cas comme Poncet a réussi chez Diday, la cystostomie devrait être appliquée d'emblée. Mais un pareil résultat est fort rare. Aussi, craignant de condamner nos malades à une incontinence perpétuelle, ne ferons-nous la cystostomie que si les autres moyens ont échoué ou nous paraissent inacceptables et conseillerons-nous toujours aux prostatiques de se soumettre de bonne heure à une intervention capable de réduire leur prostate avant qu'ils ne soient acculés à une cystostomie. On a essayé de modifier l'opération de Poncet : Jaboulay et Chaput ont successivement cherché à créer un sphincter au trajet hypogastrique en le faisant passer à travers un des muscles droits de l'abdomen. Witzel puis Martin, en Allemagne, ont cherché à oblenir un trajet oblique en faisant cheminer la sonde hypogrstrique dans un repli artificiel de la vessie. Un reproche sérieux peut être fait à toutes ces tentatives : c'est qu'elles rendent l'opération plus compliquée, partant plus longue et plus grave. Le même reproche s'applique aux procédés de Wassilief et de Chandelux et Carle. (V. Poncet, p. 96.)

La même objection peut encore être adressée à la cystostomie périnéale proposée en 1896 par Rochet et Durand, opération qui, d'ailleurs, manque encore de la sanction expérimentale.

Nous venons de voir comment on peut combattre la dysurie des prostatiques dès lors qu'une rétention force le chirurgien à une action immédiate ; mais le mieux serait de ne pas laisser le malade arriver à cet état et d'arrêter, par une intervention faite en temps utile, le développement de l'obstacle à la miction.

Ici, nous trouvons deux sortes d'interventions ; les opérations pratiquées directement sur la protaste, prostatotomies et prostatectomies et les opérations pratiquées sur d'autres parties de l'appareil génital, en vue d'obtenir, par une action physiologique spéciale, la décongestion et l'atrophie de la prostate. Avant d'attaquer la prostate par l'instrument tranchant, on a essayé de dilater l'urètre prostatique soit avec de gros béniqué, soit avec des dilatateurs rappelant plus ou moins celui d'Oberlander ; les résultats ont été nuls ou de peu de durée. Harrison a essayé de dilater le trajet prostatique avec le doigt introduit par une boutonnière périnale. Cette opération ne paraît pas avoir donné des résultats bien encourageants.

Les tentatives d'injection interstitielle de teinture d'iode dans la prostate, pour atrophier cette glande, ont donné des accidents graves et peu de résultats. La prostatotomie peut être faite par deux voies : l'urètre et le périnée. Par l'urètre, on peut couper la barre prostatique avec le sécateur de Mercier ou avec le galvano-cautère de Bottini. Le sécateur Mercier n'est pas resté dans la pratique. Quant à l'opération de Bottini, elle n'a pas été suffisamment essayée en France pour que nous puissions la juger. Elle parait avoir donné de bons resultats à son auteur, ainsi qu'à quelques chirurgiens allemands. On sait que l'opération de Bottini consiste à prendre l'obstacle entre les mors d'une sorte brise-pierre dont la branche femelle est remplacée par un couteau galvanique. Un ingénieux système d'irrigation refroidit les parties voisines et les empêche d'être brûlées par le couteau galvanique. La prostatectomie, c'est-à-dire l'ablation d'une plus ou moins grande portion de la prostate, peut se faire soit par le canal de l'urètre, soit par le périnée, soit par l'hypogastre, après une taille sus-pubienne préalable. Les tentatives pour opérer par l'urèthre n'ont rien donné de bon. Par le périnée, on a pu, à l'exemple de Dittel mettre la prostate à nu et faire une résection cunéiforme de la glande, sans intéresser le canal de l'urètre. Nous ignorons les résultats précis de cette opération. La prostatectomie par voie sus-pubienne, vantée par Mac Gill, Kümmel et Mayo Robson, consiste à énucléer une partie plus ou moins grande de la prostate à travers une incision de la muqueuse vésicale pratiquée en arrière du col vésical. D'une manière générale, la prostatectomie est grave et ne donne pas des résultats fonctionnels assez beaux pour compenser les dangers de l'opération.

C'est pourquoi l'on a cherché, par des interventions pratiquées sur des organes moins dangereux à enlever que la prostate, à agir indirectement sur cette glande et à en provoquer l'atrophie. Bier, puis Willy Meyer (de New-York) ont lié les artères iliaques internes. Le premier aurait eu une mort et deux succès ; le second deux morts et un insuccès. Ce n'est pas fort encourageant. En 1884, Launois ayant pratiqué des castrations sur les chiens, avait vu que la prostate de ces animaux s'atrophiait. Mais il n'avait appliqué, ni formellement conseillé d'appliquer à l'homme cette méthode de traitement. Sinitzine de Moscou paraît être le premier chirurgien qui, en 1886, ait pratiqué la castration chez l'homme pour combattre l'hypertrophie prostatique. Toutefois, la première communication sur ce sujet appartient à Ramm de Christiana. La même année, c'est-à-dire en 1893, White signala l'influence atrophiante de la castration double sur la prostate de l'homme et des animaux. Derujinski a pu constater expérimentalement que la tuberculose testiculaire double entraînait une atrophie de la prostate. Un grand nombre de castrations ont été faites depuis lors pour combattre l'hypertrophie prostatique et ont donné lieu à des appréciations assez diverses et dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici. Disons toutefois que de toutes les opérations à distance, c'est la castration qui paraît avoir le mieux déterminé l'atrophie de la prostate. On obtient d'abord de la décongestion et par suite une atténuation des symptômes ; mais ce n'est qu'à la longue, après six mois, un an ou même davantage que l'on peut constater que la prostate s'est vraiment atrophiée. Encore faut-il que la maladie ne soit pas trop ancienne.

Cependant, la castration dirigée contre l'hypertrophie de la prostate n'est point une opération inoffensive et la mortalité atteint tout près de 20 0/0. De plus, on trouve difficilement des gens disposés à sacrifier complètement leurs testicules et à se priver ainsi de la majeure partie des attributs de la virilité. C'est pourquoi l'on a cherché si une opération moins grave et mutilant moins le malade ne pourrait pas donner les mêmes résultats thérapeutiques. On a essayé la résection des canaux déférents, en se basant sur ce fait physiologique qu'une glande dont le conduit excréteur a été lié s'atrophie après un certain temps. C'est ce qui arrive, dit-on, pour le rein quand on lie l'uretère.

Malheureusement, cette opération, qui a été beaucoup pratiquée, parce que la résection du canal déférent est absolument inoffensive, n'a pas donné de résultats ou n'eu a donné que trop rarement. Aussi croyons-nous que tous ceux qui ont essayé la vasectomie double ont fini par y renoncer. C'est ce qui nous est arrivé à nous-même. La vasectomie doit donc être rejetée comme inefficace. Il n'en est pas de même de l'angio-neurectomie des cordons ni de la résection totale de ces organes. Albarran a pratiqué un certain nombre d'angio-neurectomies et attribue à cette opération une valeur analogue à celle de la castration. Il coupe tout le cordon, à l'exception du canal déférent, de l'artère déférentielle et d'une ou deux veines satellites. La résection totale du cordon a été faite en 1895 à Turin par Isnardi, en Allemagne par Lauenstein et Burckhard. Lauenstein aurait eu une gangrène des testicules. Isnardi au contraire aurait dû plusieurs succès à cette opération. En France, Malherbe a communiqué au Congrès d'urologie de 1898 quatre cas de résection totale du cordon avec un mort d'urémie après guérison opératoire et trois guérisons opératoires trop récentes alors pour permettre de juger du résultat curatif de l'intervention. Cette opération de la résection totale du cordon est des plus faciles à pratiquer : on fait une petite incision sur le trajet du cordon un peu haut pour ne pas couper trop près du testicule. On ouvre la gaine du cordon ; on le soulève en masse avec le doigt ou avec une sonde cannelée ; avec un stylet ou une autre sonde cannelée, on isole un petit groupe vasculaire (1) qui restera en dehors de la ligature, puis on résèque un bon centimètre de cordon entre deux ligatures au catgut, en ayant bien soin de ne pas comprendre dans la ligature le petit groupe vasculaire que l'on a isolé. On s'assure qu'aucun des deux bouts du cordon ne saigne et il ne reste plus qu'à faire la suture. Je conseille de faire un point en bourse au catgut sur la partie de gaine qui est dépourvue de cordon, pour ne pas laisser là un espace mort qui peut donner lieu à un peu de suppuration ; mais il faut bien faire attention de ne pas comprendre dans ce point les vaisseaux que l'on a respectés.

Les suites de l'opération sont : une apyrexie complète, peu de douleur et, pendant les cinq ou six premiers jours, aucun phénomène notable. Mais, vers la fin de la première semaine, on voit le malade se plaindre que ses testicules le gênent et il survient un œdème du scrotum non douloureux avec un gonflement du testicule analogue à celui d'une forte épididymite blennorrhagique. Ce gonflement assez ennuyeux dure une quinzaine de jours, après quoi il diminue peu à peu. Alors les testicules tantôt pendent dans le scrotum, comme s'il ne leur était rien arrivé, tantôt ils remontent, soit des deux côtés, soit d'un seul et viennent s'accoler au bout supérieur du cordon. Les résultats thérapeutiques de cette opération sont immédiats : ainsi, un malade que ni les cathétérismes répétés ni la sonde à demeure pendant plusieurs jours n'avaient pu faire uriner, se met à pisser tout seul cinq jours après l'opération.

(1) Pour éviter l'accident arrivé à Lauenstein ; mais, même en négligeant cette précaution, nous n'avons jamais vu survenir la gangrène du testicule.

C'est évidemment là l'effet de la décongestion. Quant à l'atrophie proprement dite des testicules et de la prostate, elle demande probablement cinq à six mois pour être appréciable. Après un an, nous avons trouvé les testicules réduits au volume d'une petite noisette et la prostate revenue presque au volume normal. Il semble que la résection du cordon donne des résultats égaux à ceux que procure la castration, sans entraîner les mêmes dangers pour le malade et sans le priver des attributs de la virilité auxquels les hommes tiennent en général, alors même qu'ils ont cessé d'en faire usage.

Nous avons énuméré la plupart des moyens à opposer à la dysurie des vieillards. Nous sera-t-il permis de résumer, au moins provisoirement, les indications de ces divers moyens? Aux cas légers, ou peu graves, alors que le malade pisse encore ou que les sondages sont bien supportés, nous opposerons la sonde, au besoin la sonde à demeure et nous proposerons soit la castration, soit, mieux, la résection des deux cordons. Cette dernière pourra être faite soit en une seule opération, soit en deux opérations successives ; mais il faudra toujours opérer les deux côtés, car les interventions unilatérales ne donnent rien.

Aux cas graves, si le malade n'est pas trop âgé et s'il paraît résistant, s'il n'est pas infecté, nous permettrons une ponction après laquelle le sondage sera souvent devenu possible, mais nous ne la répéterons pas et nous ferons plutôt la taille hypogastrique. Cette opération nous permettra d'explorer le lobe moyen et de l'enlever, si l'état du malade ne contre-indique pas cette grave opération. Si le cas est très grave, nous ferons l'opération de Poncet aussi simplement que possible et nous attendrons que l'état général du malade soit devenu bon pour lui proposer une intervention sur l'appareil génital, c'est-à-dire la résection des cordons. Nous ne ferons, jusqu'à nouvel ordre, ni la prostatectomie périnéale, ni la cystostomie sous-pubienne, ni même la cystostomie périnéale, qui nous paraissent des opérations trop graves pour que la mortalité n'en soit pas excessive.

Enfin, il est des malades auxquels nous nous bornerons à apprendre à se sonder dans de bonnes conditions et qui vivront dix ou quinze ans sans pisser autrement que par la sonde. Cette existence, sans avoir beaucoup de charmes, est pourtant tolérable. Le revers de la médaille, c'est que le sondage peut, d'un jour à l'autre, devenir difficile, mal supporté ou impossible et la situation devient dangereuse. C'est pourquoi nous pensons que l'on devrait toujours proposer la résection des cordons de bonne heure, alors que la prostate est dans des conditions convenables pour qu'on en obtienne l'atrophie.

BIBLIOGRAPHIE

La gymnastique rationnelle sans agrès. Education physique, hygiène, thérapeutique; par le Dr E. Gatti, médecin de 1re classe de la marine italienne. (L. Cecchini, édit., Rome, 1899.)

Il ne s'agit pas, comme l'on pourrait le croire par le titre, d'un simple manuel de gymnastique, l'auteur a voulu, dans son petit opuscule, indiquer et décrire tous les mouvements que l'on peut exécuter sans appareils, en se plaçant au point de vue médical.

Cette méthode, depuis longtemps en grande faveur en Suisse, a rencontré de nombreuses oppositions de ceux qui ne sont pas médecins et qui ne comprennent la gymnastique qu'avec toutes les herbes de la Saint-Jean : poids, trapèze, barre fixe, etc., ne voyant dans ces casse-cou que le seul moyen d'arriver à développer les biceps et à former des hommes parfaits.

La méthode préconisée par le Dr Gatti peut s'appliquer indifféremment à l'homme, à la femme et aux enfants. Les nombreuses gravures intercalées dans le texte et les explications précises de tous les mouvements permettent, même aux enfants, de les exécuter.

Ce petit ouvrage, qui est écrit en italien, s'il était traduit, serait, dans les écoles, les lycées et même dans l'armée, le manuel de gymnastique le plus parfait pour l'éducation et le développement physique des deux sexes. A. Rouzaud.

VARIA

La prophylaxie de l'alcoolisme.

Malgré les efforts des Sociétés de tempérance, les progrès de l'alcoolisme en France sont continus; les *Débats*, à ce sujet, nous donnent les renseignements officiels suivants :

« Le Ministre des Finances vient de publier le relevé de la production de l'alcool, en France, pendant l'année 1898. Nous n'avons pas besoin de dire que les tableaux officiels accusent une augmentation véritablement effrayante de l'alcoolisme. On y voit que les quantités d'alcool obtenues par les distillateurs et bouilleurs de profession se sont élevées à 2.336.000 hectolitres, en augmentation de 235.000 hectolitres sur l'année précédente. Pour mieux se rendre compte de l'importance de ce chiffre, il importe de revenir en arrière. En 1850, la production totale de l'alcool, aussi bien chez les distillateurs que chez les bouilleurs de cru, n'était que de 940.000 hectolitres : soit une moyenne de 1 litre 46 par habitant. Dix ans après, en 1860, nous relevons une diminution sensible : la France ne produit plus que 873.000 hectolitres; en 1870, le chiffre de la production se relève à 1.237.000 hectolitres. A partir de 1871, la progression continue sans le moindre arrêt : en 1878, on relève le chiffre de 1.309.000 hectolitres; en 1887, la production n'est pas inférieure à 2.005.000 hectolitres; en 1895, elle est de 2.166.000; et, en 1898, comme nous venons de le voir, elle atteint le chiffre jusqu'alors inconnu de 2.412.000 hectolitres, soit 4 litres 72 par tête d'habitant. Ainsi, depuis 1850, la production de l'alcool a presque quadruplé en France. Et encore la production indigène ne suffit-elle plus aux besoins des consommateurs : il faut s'approvisionner de plus en plus à l'étranger. En 1850, la France, importait 5.555 hectolitres; en 1898, elle a demandé à l'étranger **133.980** hectolitres. Ces derniers chiffres s'appliquent exclusivement à l'alcool pur; il faut y joindre l'importation de l'alcool sous forme de liqueurs qui a passé de 99 hectolitres, en à 1.370 hectolitres en 1898. Par contre, l'exportation de notre alcool a sensiblement diminué : de 284.071 hectolitres, chiffre de 1850, elle est descendue à 25.783 hectolitres. En Allemagne, la production de l'alcool, sans être restée stationnaire, n'a pas suivi la même progression que chez nous : de 3.058.025 hectolitres, — chiffre de 1887, elle a passé à 3.287.890 hectolitres en 1898. Quant à la consommation par tête d'habitant, elle a un peu diminué. En 1898, la proportion par tête d'habitant, en Allemagne, était de 4 litres 05 par tête; soit 67 centilitres de moins qu'en France. »

Il faut avouer que, malgré leurs belles résolutions, les gouvernements des grandes nations européennes ne peuvent préserver l'Afrique du fléau alcoolique. Les mesures que les conférences internationales ont résolu d'adopter restent inefficaces, s'il faut en croire l'article suivant que nous empruntons au *Petit Parisien* :

« Une série de faits qui avaient provoqué un scandale et une indignation universels avaient décidé la Conférence de Berlin à examiner en 1885 à s'occuper de la question du trafic des spiritueux en Afrique. Cette question vient d'être soulevée à nouveau par divers gouvernements européens et notamment par les Belges qui ont eu l'occasion d'apprécier les terribles effets de l'alcoolisme chez les noirs révoltés du Congo.

Il est permis d'assurer d'ailleurs que, si l'on en excepte les pays directement administrés par la France, le mal, loin de s'amoindrir, ne fait qu'empirer depuis quinze ans. C'est en vain que l'un des protocoles annexés à la Conférence de Berlin a émis le vœu de voir les puissances établies en Afrique prendre d'un commun accord les mesures nécessaires pour protéger les populations africaines contre l'abus des boissons fortes, qui les tuent moralement et physiquement. Plus tard, la conférence anti-esclavagiste de Bruxelles reprit ce desideratum et le convertit en dispositions formelles, inscrites aux articles 90 et suivants de l'Acte général du 2 juillet 1890, en vertu desquels l'importation, la vente et la fabrication des spiritueux devraient être interdites dans toutes les régions, où, à raison des croyances religieuses ou pour d'autres motifs, l'usage de ces boissons n'avait pas encore pénétré. Dans les autres régions,

un droit minimum de 15 francs par hectolitre à 50 degrés centésimaux pendant les trois premières années devait être perçu aux frontières et un droit d'accise devait frapper la fabrication indigène. Mais bientôt on ne tarda pas à reconnaître l'insuffisance de ces mesures fiscales prohibitives. Dans cette pensée, les puissances signataires de l'Acte de Bruxelles ont tenu récemment une nouvelle conférence dont il importe de faire connaître le résultat. Aux termes de cette convention rectificative, le droit d'entrée minimum a été porté de 15 à 70 francs par hectolitre à 50 degrés, dans toutes les régions où existe déjà le régime des spiritueux, excepté pour le Togo et le Dahomey où il ne sera que de 60 francs. Le droit d'accise sur la fabrication indigène a été augmenté dans la même proportion. Et comme la consommation des alcools concentrés est la plus dangereuse, la tarification nouvelle est établie d'après le nombre des degrés.

Il est à souhaiter que ces décisions internationales, inspirées par le sentiment de l'humanité et le respect de la civilisation ne demeurent pas inappliquées. Jusqu'ici, malheureusement, plus d'une grande nation européenne s'est servie de l'alcoolisme comme d'un engin de conquête et de gouvernement, c'est-à dire d'abrutissement des tribus indigènes, et on peut supposer que toutes les conférences et les actes en résultant ne changeront pas ce mode de procéder dont l'Angleterre, notamment, ne s'est jamais départie ni en Afrique ni en Asie. »

Les sentiments francophiles au Canada.

A propos de la réunion de la *Canadian medical Association*, nous lisons dans un journal médical de Montréal, *la Clinique* (août 1899) l'article suivant :

« La trente-deuxième réunion annuelle de l'Association aura lieu à Toronto les 30, 31 août, et le 1er septembre 1899. Nos confrères de Toronto s'efforcent de faire de cette réunion un succès sans précédent dans les Annales de l'Association. Ils sont puissamment secondés dans leur entreprise par le gouvernement de la ville de Toronto. C'est ainsi que le Ministre de l'Instruction publique a mis à leur disposition les bâtisses du département de l'Instruction publique, où auront lieu les assemblées. L'édifice est tout à fait central et à proximité des lignes de tramway les plus importantes. Le programme sera du plus grand intérêt. La question de l'enregistrement interprovincial y sera étudié et, espérons-le, définitivement réglée.

« On a pris soin d'organiser un grand nombre d'amusements et de réceptions, de concerts au « Canadian Royal Yacht Club », etc.

« L'Association sera l'hôte de la ville de Toronto, qui recevra les membres à bord d'un des grands vapeurs, le *Niagara*, le jeudi soir, et leur donnera un *Smoking Concert*. Il y aura *lunch* sur les terrains de l'exposition et, le vendredi après midi, le président et les directeurs de l'exposition industrielle de Toronto recevrout les membres de l'Association. Il y aura une exposition très intéressante d'instruments et de produits pharmaceutiques. Comme l'assemblée coïncide avec l'exposition, on pourra se procurer des billets à prix réduits (un demi-billet dans toute la province d'Ontario). La liste des communications est longue et les titres des travaux promettent d'être intéressants. Nous regrettons sincèrement de n'avoir trouvé qu'un Canadien-Français sur la liste des conférenciers. Nous ne saurions ne pas signaler cettte trop grande négligence de nos compatriotes. A quoi cela tient-il? Sans doute à ce que la plupart des canadiens-français ne parlent pas facilement l'anglais. Sans doute aussi à ce que les travaux de la clientèle détournent le plus grand nombre d'une tâche qui leur paraît un surcroît inutile de travail. Ce sont là de bien insuffisantes excuses en face de ce que nous considérons comme un devoir de patriotisme. Nous n'avons pas le droit de nous esquiver en toute occasion et de laisser croire ainsi, aux étrangers et aux Anglais eux-mêmes, qu'au Canada les Anglais seuls s'intéressent à la science et représentent la partie progressiste de la profession médicale, alors qu'il nous serait facile de démontrer le contraire; nous n'en voulons pour preuve que les travaux présentés au comité d'études pendant l'hiver qui vient de s'écouler et qui, tous ou presque tous, possédaient le plus pur cachet scientifique. Il y a là une apathie qu'il nous faudra de toute nécessité secouer, sous peine de rougir devant nos frères aînés de France ; de cette France que chacun s'efforce à l'envi de déchirer et qui bientôt inondera le monde des rayons de sa science, de ses arts et de sa civilisation; de cette France qui, une fois encore, étonnera le monde en lui montrant que, comme toujours, elle n'est jamais si rayonnante qu'au lendemain des plus grands périls; si puissante qu'au moment même où l'on se croit sûr de sa perte ; si magnifique et si généreuse, que lorsqu'il lui siérait de tirer vengeance des injures qu'elle pardonne dédaigneusement.

« A nous donc de nous souvenir d'une telle mère et de montrer enfin, d'un seul effort, que nous existons et qu'il faut compter avec nous. Nous ne désespérons pas, d'ailleurs. Encore quelques années; encore quelques perfectionnements dans notre installation hospitalière; encore quelques efforts généreux qui viennent faciliter la tâche à notre université nationale, et nous avons le ferme espoir que la profession médicale canadienne-française ne cèdera le pas à nulle autre sur le continent américain, si même elle ne marche la première. »

Les hôpitaux parisiens.

Le *Petit Parisien* a signalé les études entreprises pour mettre l'ensemble des hôpitaux de la capitale en harmonie avec les progrès de la science et les exigences de la santé publique.

Voici quelques chiffres officiels qui montreront dans ses détails, l'œuvre qu'il s'agit d'accomplir. Ce n'est là qu'un programme minimum de dépenses reconnues depuis longtemps indispensables par tous les services de l'Assistance. Le mémoire ou exposé du préfet préconisait tout d'abord la création d'un hôpital de 500 lits sur la rive droite, la reconstruction de la Pitié, la reconstruction de l'hôpital d'Aubervilliers, la reconstruction de l'hôpital Broussais, la réunion de Cochin et de Ricord pour hôpital spécial des maladies de la peau, de la syphilis et de la teigne, la reconstruction de l'hôpital Broca.

Pour les enfants, il serait procédé à la reconstruction de l'hôpital des Enfants-Malades et à la création, hors Paris, d'un hôpital de 200 lits pour tuberculeux osseux. En ce qui concerne les hospices, La Rochefoucauld serait agrandi et il serait construit à Brévannes deux pavillons pour 1.400 vieillards. La Ville de Paris aurait ainsi à sa disposition 2.888 lits nouveaux dont 1.088 d'adultes, 200 d'enfants et 1.600 dans les hospices. Chaque lit étant estimé au prix de revient de 11.000 francs, le total de la dépense s'élèverait à 72.062.800 francs, non compris 1.080.000 francs pour frais d'emprunt. Le Conseil municipal de Paris a jugé que le projet, tel qu'il est résumé, serait trop incomplet. Ainsi, il laisserait debout une série d'hôpitaux absolument défectueux : la Charité, Beaujon, Laënnec, l'annexe de l'Hôtel-Dieu, Andral, Bichat, la Maison municipale de santé, qui, même remis en état, ne sauraient satisfaire aux lois de l'hygiène. Il s'agit donc de supprimer purement et simplement ces six établissements et de construire aux « portes » et non plus à l'intérieur de Paris, trois établissements complètement nouveaux : un entre Saint-Ouen et Aubervilliers, de 800 lits, un à Neuilly, de 800 lits, un troisième, de 600 lits, dans la région Sud. On ajouterait aussi 267 lits à l'hôpital Boucicaut, de manière à réduire le prix de journée dans cet hôpital, ce qui doit être l'objectif général. En outre, il serait pourvu à l'achèvement des hôpitaux d'enfants.

On retirerait de la vente des terrains affectés aux hôpitaux supprimés une somme de 32 millions de francs, savoir 4.604 000 francs de la Charité, 13.925.000 francs de Beaujon, 6.860.000 francs de Laënnec, 2.710.000 francs de l'annexe de l'Hôtel-Dieu, 801.000 francs d'Andral et 3.100.000 francs de la Maison municipale de santé. On estime que cette somme de 32 millions suffira pour créer hors Paris des établissements représentant un nombre égal de lits, soit 2.888.

Il est vrai que l'évaluation du coût de chaque lit est abaissée à 9.000 francs en moyenne.

Pour les enfants, l'hôpital Trousseau serait supprimé et trois hôpitaux nouveaux seraient institués, dont la dépense, estimée 7.714 600 francs, serait d'ores et déjà couverte par le prix de vente de l'hôpital Trousseau et certaines ressources budgétaires acquises. En même temps, le compte de l'Hôtel-Dieu serait complètement liquidé.

Tel est, dans ses grandes lignes, l'ensemble des travaux à engager pour la réforme des hôpitaux parisiens. On ne peut plus contester l'utilité et l'urgence de cette réforme. Si importante qu'elle soit, elle ne tardera pas, dans un avenir prochain, à être reconnue insuffisante, étant donnés le développement de la population et les nécessités imposées par la science. Avec les modifications et les innovations introduites au programme primitif de l'administration, et que nous venons de résumer, la dépense se trouvera encore être de 65.803.374 francs y compris les frais, et on en demanderait le montant à l'emprunt. Ne figurent pas bien entendu dans ce chiffre les trois hôpitaux à construire dans Paris et dont la dépense serait couverte par les 32 millions provenant des établissements supprimés, ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure.

Au total et en bloc, il y aurait là à effectuer, dans un assez bref délai, une somme de travaux qui, avec l'imprévu, dépassera 100 millions. (*Petit Parisien.*)

Congrès de la Société italienne de Psychiatrie.
(*Xe Session à Naples.*)

Le Congrès des médecins aliénistes italiens se tiendra à Naples du 10 au 14 octobre 1899 dans la grande salle de l'Institut Tarsia (via Fuori Port a Medina).

Les questions principales traitées au Congrès seront :

1° Méthodes pratiques pour les recherches de psychologie dans les asiles et les cliniques, rapporteur : Dr Ferrari;

2° Rapports entre les psychologies normale et pathologique d'une part et l'anatomie de l'autre, rapporteur : Dr E. Lugaro ;

3° La psychiatrie et l'étude de l'individu et de son activité dans les rapports sociaux, rapporteur : Pr Venturi ;

4° Rôle des intoxications et des infections dans la pathogénie des maladies mentales et nerveuses, rapporteur : P^r D'Abundo et Dr C. Agostini.

On est prié d'adresser toutes les communications relatives à ce Congrès au président : M. le Pr Tamburini.

Développement et traitement du mal de mer.

Contrairement à Belphegor, j'ai toujours vu les enfants et les femmes malades avant les hommes. Je ne suis point médecin, mais je ferai remarquer que les chevaux de bois, la balançoire, les chemins de fer, etc., produisent un malaise analogue au mal de mer chez certaines personnes, ce qui semble rendre inadmissible la thèse d'après laquelle l'imagination serait la cause de ce désagrément. Quant aux remèdes, j'en citerai deux assez efficaces : le champagne et la bière additionnée de limonade gazeuse. Mais la vérité indéniable c'est qu'il n'en existe malheureusement pas d'absolu : la preuve de ce que j'avance c'est que beaucoup d'officiers de marine ne parviennent pas à se débarrasser du mal de mer et, pour ma part, j'en connais qui ont dû démissionner tant leur santé était ébranlée. (*L'Echo du Public* du 19 août 1899.)

Physiognomonie.

Le *Journal* nous donne les renseignements suivants sur la physiognomie de la poitrine :

J.-B. Porta prétend que ceux qui ont la poitrine grande, sont mâles et courageux. Aristote donne à l'homme fort une poitrine ample. Suivant Polémon et Adamantius, la poitrine grêle et débile dénote un cœur pusillanime, mais Conciliator, d'après Avicenne, la regarde comme indiquant une nature froide. On lit dans Polémon et Adamantius que la poitrine bien charnue comporte timidité et grossièreté; Conciliator dit que c'est un signe d'ingratitude, mais J.-B. Porta ne sait pas où il a pris ça... Suivant Albert, la poitrine couverte de beaucoup de chair est l'apanage d'un esprit indocile et lâche et la poitrine médiocre plait à Aristote qui conseille d'en faire beaucoup de cas (*sic*). Polémon veut que la poitrine velue indique les bons conseillers et Porta ajoute que ceux « possédant un tempérament chaud et humide, ont beaucoup de poils sur la poitrine ». Quant à la poitrine rougeâtre, Adamantius tient à ce qu'elle indique « un cœur bouillonnant de colère ». Aristote et Albert disent la même chose que lui. (*Air connu.*) Les poitrines non velues, médiocrement velues, douces, rugueuses, etc , ont aussi leur sens respectifs; mais je dois m'arrêter dans cet examen... de Flore.

FORMULES

XX. — Contre le tænia.

Semences de courges mondées. . 20 à 15 grammes.
Sucre blanc. . . . . 25 —
Lait . . . . 60 —

A prendre à jeun et deux heures après donner de l'huile de ricin. (Dupont, in. *Bull. de Thérap.*).

XXI. — Contre les tuméfactions palustres de la rate.

Chlorhydrate de berbérine. . . 1 gramme.
Bisulfate de quinine. . . . . . 0 gr. 50 centigr.

En quatre cachets à prendre à une demi-heure ou une heure d'intervalle. (*Nouv. Remèdes.*)

XXII. — Contre la goutte.

Magnésie calcinée. . . . . . } āā 1 gr. 50 centigr.
Lycétol. . . . . }

Pour un paquet.

Faire dissoudre un paquet dans 250 grammes d'eau et en prendre la moitié après chacun des deux repas principaux. (Hoven.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 20 août au samedi 26 août 1899, les naissances ont été au nombre de 1100, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 394, illégitimes, 141. Total, 535. — *Sexe féminin* : légitimes, 399, illégitimes, 166. Total, 565.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 20 août au samedi 26 août 1899, les décès ont été au nombre de 1019, savoir : 509 hommes et 510 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 13, F. 15. T. 28. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 12, F. 14. T. 26. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 1, F. 0, T. 1. — Diphtérie. Croup : M. 0. F. 3, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 105. F. 83, T. 188. — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 8, T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 32, T. 45. — Méningite simple : M. 6, F. 13, T. 19. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 24, F. 17, T. 41. — Paralysie, M. 6, F. 2, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 28, T. 55. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 1, T. 5. — Bronchite chronique : M. 11, F. 2, T. 13. — Broncho-pneumonie : M. 18, F. 13, T. 31. — Pneumonie : M. 9, F. 13, T. 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 12, F. 16, T. 28. — Gastro-entérite, biberon : M. 63, F. 65, T. 128. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 14, F. 14, T. 28. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 5, T. 10. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Débilité congénitale, M. 12, F. 17, T. 29. — Sénilité : M. 13, F. 20, T. 33. — Suicides : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres morts violentes : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres causes de mort : M. 79, F. 91, T. 170. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 1, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 79, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 17. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 11. Total : 31.

Hospices civils de Marseille. — *Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* — Le lundi 9 octobre 1899, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hotel-Dieu un concours pour 4 places d'élèves internes. Le lundi 6 novembre 1899, à huit heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour 10 places d'élèves externes. Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hotel-Dieu et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions (ancien régime) ou de huit inscriptions de médecine nouveau régime) et d'un an de service actif dans un hôpital, comme externes ou comme stagiaires.

Epreuves du premier concours. — 1. Pathologie médicale et chirurgicale (épreuve écrite, deux questions). Cette épreuve est

éliminatoire et aura lieu au commencement du concours. Ne seront admis à prendre part aux autres épreuves que les candidats qui auront obtenu la moitié plus un du nombre de points, fixé à 30 pour cette épreuve. — 2. Préparation anatomique. Au cours de cette épreuve les candidats rendront compte de leur dissection sans interruption et sans sortir de l'amphithéâtre. — 3. Question d'anatomie et de physiologie (épreuve orale). 4. Rédaction de deux observations, l'une de médecine l'autre de chirurgie. — 5. Trois questions dites de garde : chirurgie, médecine, pathologie spéciale (accouchements et syphilis). Ces questions seront traitées de vive voix après cinq minutes de réflexion.

Epreuves du deuxième concours. — 1. (Epreuve écrite) pathologie chirurgicale élémentaire. Comme pour le concours de l'internat, cette épreuve sera éliminatoire et les candidats qui n'auront pas obtenu la moitié plus un du nombre de points fixé à 30 ne pourront prendre part aux autres épreuves. — 2. (Epreuve orale) anatomie (ostéologie, myologie). Cette épreuve ne portera pas sur les muscles compris dans la splanchnologie et organes des sens. — 3. Bandages, pansements et petite chirurgie. Pour le choix des questions que comporte le programme de l'externat, le jury s'inspirera des conditions de scolarité dans lesquelles se trouve la généralité des candidats.

Après le rapport du jury d'examen, la commission administrative nommera les élèves. Les élèves nommés entreront en exercice le 1er janvier 1900. La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1903 pour les internes et au 31 décembre 1902 pour les externes. Ils recevront un traitement de : La première année, 360 fr., la deuxième année, 420 francs, la troisième et la quatrième années, 480 francs. Les élèves externes devront tenir les cahiers de visite, ils recevront à cet effet une indemnité de 300 francs par an. Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de la commission administrative, du règlement intérieur des hôpitaux, ainsi que de celui spécial au service de santé et de la délibération en date du 12 octobre 1898. Ils seront tenus, en cas de nomination, de se conformer à toutes les dispositions des dits règlements en ce qui les concerne et aux modifications qui pourraient y être apportées pour le bien du service. Tout élève, interne ou externe, qui se pourvoira, pendant la durée de ses fonctions, d'un diplôme universitaire qui lui donnerait le droit d'exercer la médecine (docteur ou officier de santé), sera par ce seul fait démissionnaire de sa qualité d'élève.

Nota. — Bien que le concours de l'internat soit annoncé pour quatre places et celui de l'externat pour dix places, ce nombre pourra être diminué si la commission le croit nécessaire. En outre des nominations annoncées la commission administrative pourra, si elle le juge utile, procéder à la nomination d'un certain nombre d'internes provisoires choisis parmi les concurrents à l'internat ayant obtenu le minimum des points fixés pour l'ensemble des épreuves. Ces nominations auront leur effet pendant un an seulement à partir du 1er janvier 1900. Les internes provisoires seront, à tour de rôle, chargés de toutes les suppléances d'internes titulaires lorsque ceux-ci devront s'absenter pour une période de plus de huit jours. Lorsqu'ils seront en fonctions ils recevront un traitement basé sur le traitement afférent à la première année d'internat et jouiront de tous les privilèges des internes. Les externes des hôpitaux de Marseille ayant pris part au concours de l'internat et ayant obtenu le minimum des points conservent, en restant externes, le rang de placement qui leur a été assigné pour avoir un droit de priorité sur leurs collègues dans le choix semestriel des services hospitaliers.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. Rohmer, agrégé, chargé du cours complémentaire de clinique des maladies des yeux, a été nommé professeur de clinique des maladies des yeux.

M. Vautrin, agrégé, est chargé du cours complémentaire de pathologie externe.

Société des médecins des bureaux de bienfaisance. — Un projet de M. Dorison, demandant les modifications suivantes au fonctionnement de l'Assistance publique a été voté :

1° La consultation externe des hôpitaux sera supprimée ; 2° l'admission des malades à l'hôpital sera prononcée par les médecins des bureaux de bienfaisance ; 3° des externes en nombre suffisant seront mis à la disposition des médecins chefs de service pour aider ces derniers dans l'accomplissement de leur mission ; 4° tous les médicaments inscrits au Codex et le lait figureront à la nomenclature des bureaux de bienfaisance et les médecins seront autorisés à en prescrire des doses suffisantes pour éviter aux malades des pertes de temps et des dérangements répétés ; les bains pourront être prescrits au moins à la consultation des maladies de la peau ; 5° des dispensaires généraux dépendant des bureaux de bienfaisance seront créés pour les maladies de la peau, des yeux, des oreilles, du nez, des dents, etc., avec des médecins spécialistes et des dentistes à leur tête. Cette création permettrait aux médecins des dispensaires ordinaires d'envoyer à ces spécialistes ceux de leurs malades atteints des maladies précitées, soit pour y être traités, soit pour s'y faire délivrer les certificats administratifs hors de notre compétence ; 6° l'indemnité annuelle des médecins de la consultation des dispensaires sera relevée.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Ambrezin (de Paris). — Le Dr Delafargue (de Callac). — M. le Dr Cassagne (de Soueich). — M. le Dr Chagnaud (de Rouen). — M. le Dr Gilbert, médecin à Malicorne (Sarthe), était venu se marier à Château-Gontier. En allant visiter deux fermiers qui avaient été blessés par un taureau, le docteur a fait une chute si malheureuse qu'il s'est brisé la colonne vertébrale et qu'il est mort sur le coup. (*Petit Parisien*, 1er septembre.)

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 37. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 16 SEPTEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Etude clinique sur la fièvre paludéenne convulsive pernicieuse;

Par les Drs **Jean CARDAMATIS**, membre de l'Académie de Médecine de Barcelone, et **Spiridion KANELLIS**, vice-président de la Societé médicale (d'Athènes).

I

L'époque n'est pas loin, où l'on refusait d'admettre l'existence du paludisme chez les enfants surtout ehez les nouveau-nés, et où, adoptant les idées de MM. Bravell et Davaine, l'on croyait que le placenta maternel constituait un véritable filtre analogue aux poumons, filtres parfaits s'il faut en croire Dumontpallier. A présent, à la suite de nombreuses observations, on sait que, dans certains cas, les bactéries traversent le placenta : et l'on a pu aussi retrouver des plasmodes dans le sang de nouveau-nés, plasmodes qui ont été directement transmis de la mère, atteinte de paludisme, au fœtus par l'intermédiaire du placenta.

Comme la syphilis, la tuberculose, la variole, la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'albuminurie même, le paludisme, maladie contagieuse, est transmissible. Le professeur de Dublin, M. Stokes, qui a décrit les fièvres intermittentes chez les petits enfants, a observé une femme enceinte en butte à des accès de fièvre tierce dont le fœtus était pris de mouvements spasmodiques toutes les fois que la mère avait la fièvre. Obiné (de Nantes) constata que deux femmes enceintes, atteintes de fièvre tierce, accouchèrent d'enfants offrant un gonflement considerable de la rate. Ces nouveaunés furent atteints de fièvre intermittente qui leur survenait aux mêmes jours et heures qu'à leurs propres mères. Un cas semblable, mais beaucoup plus ancien, est aussi rapporté par Jacomiaire.

Bein, lors du Congrès médical de pathologie interne de Berlin en 1892, parla d'une femme qui, reçue à l'hôpital de la Charité, y avait accouché au cours d'un accès de fièvre intermittente, et le sang de l'accouchée, ayant été examiné sous le microscope, avait permis de constater la présence de plasmodes. L'examen microscopique du sang du nouveau-né donna le même résultat, bien que la quantité des plasmodes y fût moindre, et quoique l'organisme du petit enfant ne présentât aucune réaction sensible. MM. Pitres et Aubanais rapportent l'observation de femmes atteintes de paludisme ayant accouché d'enfants qui présentaient une hypertrophie de la rate. Les crises de fièvre survenaient aux mêmes intervalles chez les mères que chez les enfants. MM. Schurig, Duchenne, Hoffmann, Steiner, Russet, Leroux, etc., publièrent des cas similaires. MM. Lannois et Briau, allant encore plus loin, ont de plus démontré (*Lyon médical*, mars 1898), la transmission de diverses tares, non plus de la mère au fœtus, mais bien du fœtus à la mère, et ont de la sorte établi le cours et le reflux des chimismes de la mère au fœtus et inversement.

II

L'existence du paludisme est donc indiscutable chez les enfants; la cause immédiate d'une fièvre pernicieuse de forme spasmodique ou convulsive, relève, selon notre avis, non seulement de la présence du plasmode dans le sang, mais encore de diathèses individuelles ou héréditaires et des dyspepsies gastro-intestinales; et nous croyons qu'on a infiniment tort d'attribuer, aussi souvent et aussi exclusivement au paludisme le privilège exclusif de cette propriété spasmodique, laquelle, bien qu'elle paraisse si fréquemment régner chez les petits enfants, n'en est pas moins très rare chez les adolescents et même quelquefois, dans certains cas, elle se produit plutôt sous la forme de fièvres pernicieuses comateuses et algides avec de faibles convulsions, et non sous la forme essentielle des convulsions épileptiformes.

Pourquoi cette prédilection d'évolution? Pourquoi constate-t-on si fréquemment l'élément spasmodique dans la première enfance? Effectivement, l'elément spasmodique sévit à tous les âges, mais de préférence chez les nouveaunés et, en général, à l'âge des enfants; nous voyons, en outre, que cet état va parallèlement avec les troubles dyspeptiques, qui ne sont très fréquents que dans le premier âge. Il existe peut-être une relation entre l'élément paludeen et les anomalies du tube gastro-intestinal. Le paludisme est il greffé, pour ainsi dire, sur les troubles du tube gastro-intestinal, ou ces derniers sont-ils engendrés par la maladie palustre? Nous ne le discuterons pas ici, attendu que nous avons l'intention d'aborder ailleurs l'examen de cette question. Ce que nous voulons mettre ici en lumière, c'est que les convulsions sont des phénomènes qui dépendent des toxines des secrétions microbiennes, fait qu'on remarque tous les jours dans l'urémie. MM. Kitasato et Vincent ont pu isoler un alcaloïde qui provoque les convulsions. Or, dans la fièvre qu'on appelle à tort et à travers fièvre pernicieuse convulsive, appellation impropre et qui s'applique mal aux faits constatés, la cause des accidents ne réside pas exclusivement dans les

sécrétions microbiennes des plasmodes, mais bien, dans la plupart des cas, dans les transformations de substances chimiques, qui agissent sur l'encéphale, la moelle épinière et les nerfs, selon l'hérédité ou la disposition individuelle du petit malade. D'ailleurs, s'il n'en était ainsi, cette forme spasmodique devrait être également fréquente dans les autres âges, ce qui, au contraire, d'après le témoignage de tous les auteurs, ne s'observe que très rarement. Malheureusement, il y a eu une généralisation abusive du diagnostic de fièvre pernicieuse convulsive dans des cas, par exemple, où l'on n'observe que de petits ou de très petits mouvements convulsifs. A une époque plus ancienne, presque tout accès fébrile, soit qu'il dérivât de l'influence palustre, soit qu'il provînt d'une autre cause (dyspepsie, helminthiase, dentition, herpétisme, etc.), entrait de bonne foi dans le nombre des fièvres pernicieuses convulsives. Parmi nos compatriotes, Vouro, seul, défendit la valeur diagnostique de la fièvre pernicieuse convulsive, caractérisée par des convulsions cloniques et toniques quelquefois fortes, par du collapsus, par un état carotique, par des douleurs coliques, par des phénomènes cholériques, etc., en ajoutant que cet ensemble de symptômes devait se produire par intermittence et avec la périodicité typique, ou bien que l'état morbide des enfants et l'affaiblissement général devaient aller en empirant, pour que la fièvre pût être qualifiée de spasmodique pernicieuse. A dater de cette époque, les progrès de la science donnèrent une autre direction à l'étude de ces accidents paludéens, la statistique des fièvres pernicieuses convulsives commença à se dégarnir; un examen scientifique consciencieux condamna la légèreté avec laquelle tout état spasmodique fébrile était attribué au paludisme, et, par l'élimination des fièvres épileptiformes, hydrophobiques, tétaniques, éclamptiques, du cadre des fièvres pernicieuses convulsives, les fièvres pernicieuses réellement spasmodiques furent seules ainsi qualifiées, et la plupart des auteurs démontrèrent que fort heureusement elles étaient très rares.

Colin, en 1870, affirmait la rareté de cette forme. Laveran la considère comme exceptionnelle chez l'adulte, et fréquente chez l'enfant; Dubergé est aussi d'avis qu'elle est fort peu commune; le Dr Chasseriaud, seul (cité par Rey), admet comme fréquente la forme des fièvres pernicieuses spasmodiques chez l'adulte, et il la reconnaît comme grave et souvent mortelle chez l'enfant. Parmi les Grecs, à partir d'Hippocrate jusqu'aux modernes MM. Théophanidès et Karamitsas, la fièvre pernicieuse convulsive est considérée comme fréquente chez les enfants seulement. M. Théophanidès, partisan de la rareté de cette forme à l'âge adulte, ne l'ayant pas rencontrée pendant sa longue pratique dans la province marécageuse d'Acarnanie, où il exerce, en cite un ou deux cas, et ceux-ci comme ayant été notés par les observateurs en général. M. Lampadarios rencontra quelques cas chez les enfants seulement, pendant une épidémie palustre éclatée à Gazochorion en l'été de 1885. M. Karamitsas, qui croit à la fréquence de la maladie, conclut en bon observateur: « N'oublions pas, toutefois, que les enfants sont pris facilement par des spasmes à la suite de diverses causes, surtout lorsqu'ils sont, d'une manière ou d'autre, en butte à des fièvres. Il paraît qu'on a pris souvent pour des fièvres pernicieuses spasmodiques, des urémies et d'autres états pathologiques moins connus à des temps plus reculés. » De la statistique relevée, pendant une période de cinq ans, dans les bulletins mensuels des hôpitaux militaires de notre pays, nous voyons que parmi 60.125 cas de maladies paludéennes, pas un seul cas de fièvre spasmodique n'a été observé; et cela dans des foyers marécageux comme, par exemple, les rives de la rivière Sperchios, où, pendant de longs mois, les hommes de la dernière mobilisation ont été accablés par les maladies palustres. Parmi les 2.684 cas de fièvres pernicieuses que nous relevons d'une autre statistique, que nous n'avons pas encore achevée, nous ne trouvons que 10 cas de fièvre spasmodique véritable à l'âge adulte.

Dans toutes les monographies des auteurs étrangers, que nous avons étudiées avec beaucoup de soin dans les bibliothèques des écoles étrangères, nous n'avons retrouvé qu'un nombre très restreint de cas de fièvre pernicieuse convulsive. Dans ces cas même, on entrevoit des malades atteints d'épilepsie, de tuberculose, d'helminthiase et d'autres maladies diathésiques. Laveran et Dubergé citent, le premier un cas de son père, et le second deux cas qui, bien que les auteurs ne relèvent rien dans les antécédents diathésiques des malades, leur ont donné la première impression de l'épilepsie.

En Guadeloupe, en Corée et en Guyane les médecins plus anciens rapportaient simplement l'existence de pareilles fièvres, et acceptaient pour expliquer les accès épileptiformes, une certaine prédisposition de l'organisme. Parmi les auteurs grecs, Théophanidès a aussi entrevu que les diathèses individuelles ou héréditaires exerçaient une certaine influence sur la production de la maladie, et, en laissant comme des sous-entendus, il a affirmé : « Chez quelques enfants, à diverses époques, après des accès fébriles, je vis revenir la fièvre pernicieuse convulsive, alors que chez d'autres enfants de même âge je ne remarquai jamais de convulsions bien que les accès eussent été en plus grand nombre et de plus grande gravité. »

Sans nous éloigner de beaucoup de l'opinion de ces auteurs, quant à la question du terrain, nous ne passerons point outre, sans faire ressortir non comme l'unique cause, mais bien comme une des causes essentielles qui agissent indirectement sur l'apparition de la maladie chez l'enfant, les troubles gastro-entériques en général, qui pour une cause quelconque influencent directement les centres nerveux, vu que l'enfant présente des troubles digestifs qui ne peuvent se manifester qu'à la faveur d'une prodiathèse. C'est un fait de grande valeur, que de voir, dans la plupart des commémoratifs d'enfants souffrant de paludisme, coexister toujours les troubles gastro-entériques. Avec nous, Concetti, médecin en chef de l'hôpital del Bambio Gesu, docent de pathologie et clinique pédiatriques à l'Université de Rome, soupçonne que le paludisme chez les petits enfants est moins fréquent que la plupart des médecins ne veulent le croire. Plusieurs maladies, loin de tenir au miasme maréeageux, sont attribuées au paludisme à cause de leur périodicité et des intermittences fébriles qu'elles présentent. Il fait mention, entre autres maladies à forme intermittente, de nombreux cas de contagions d'origine intestinale. Les troubles digestifs qu'on remarque très particulièrement dans les diathèses herpétique, rhumatismale, scrofuleuse, rachitique et leucocythémique, et qui consistent dans le manque de peptonisation du lait et le processus irritant des caillots lactés sur la muqueuse du tube gastro-intestinal, et qui sont attirés et ranimés par les variations atmosphériques soudaines, préparent au marasme, une distribution anormale du sang, savoir une anémie et une hyperhémie des viscères ou de l'encéphale. Jules Simon dit de ces troubles que, quelle que soit leur nature, qu'elle se lie à un processus actif, ou passif, ils n'en constituent pas moins une cause qui peut engendrer des phénomènes convulsifs. Nous parlons tout spécialement du premier âge, et de l'époque de la lactation, parce que cet âge est sujet aux fièvres paludéennes, que notre ami, le Dr Moncorvo (de Rio-Janeiro), a remarquées dans la proportion de 35 0/0. Chez les nourrissons, sous l'influence de tout changement atmosphérique soudain d'hiver, d'été, d'automne, de printemps, comme aussi à la suite des troubles gastro-intestinaux survenant pendant la dentition, de sevrage prématuré ou d'une alimentation impropre et incompatible avec leur âge (l'alimentation ayant un grand retentissement sur la fonction de la glande hépatique, qui alors est douée d'une grande énergie et d'une activité fonctionnelle importante), l'irritabilité nerveuse est au faîte de son intensité, et le foie, naturellement volumineux et très sensible, s'enflamme et se congestionne; nous avons alors tantôt la polycholie, tantôt l'arrêt temporaire de la bile, tandis que d'autres fois la fonction elle-même du foie ou des reins est suspendue. Ces influences exercées

sur le foie, desquelles découlent la polycholie ou l'acholie, ou enfin, plus rarement les altérations organiques de ce viscère, incommodent l'émulsion des matières grasses, et, provoquant une diarrhée débilitante, amènent, avec une fièvre médiocre, un amaigrissement, un affaiblissement grave, une anémie sujette à des phénomènes forcés, non seulement par elle-même, mais encore grâce à la diathèse héréditaire ou individuelle qui accroît cette dernière, surtout lorsqu'elle coïncide avec l'époque de la dentition.

III

Après avoir établi que l'élément spasmodique peut être déterminé par des troubles gastro-intestinaux sur des terrains prédisposés, nous arrivons au paludisme qui semble incontestablement, concourir aux troubles digestifs (bien qu'autrefois un distingué pédiatre, professeur à l'Université d'Athènes, A. Zinnis, parlant du concours que peut prêter le miasme palustre à la diarrhée endémique d'Athènes, fut de l'avis que cet élément n'a rien à faire dans le développement de la maladie, et que le sulfate de quinine ne saurait avoir aucune influence sur la diarrhée infantile).

Néanmoins, dans la plupart des cas, il parait que c'est à tort qu'on a considéré le paludisme comme une cause essentiellement pathogénique, car le plus grand nombre des enfants qui souffraient de la fièvre dite spasmodique pernicieuse, présentaient des troubles gastro-intestinaux, ils souffraient, c'est-à-dire, d'une affection qui pouvait d'elle-même produire des phénomènes réflexes, lesquels, en compagnie de la fièvre dyspeptique revenant par périodes, peuvent dissimuler le tableau d'une fièvre intermittente.

De nos jours, la fièvre dyspeptique est plus qu'un fait; aussi l'avons-nous rencontrée plus d'une fois dans notre ville et dans les cliniques de Paris et de Bruxelles. Si l'on croit que la fréquence de la fièvre spasmodique pernicieuse est plus communément en opposition avec l'âge adulte, c'est que les indigestions gastro-intestinales sont des maladies plus fréquentes chez les enfants. Si l'on recherche attentivement et avec une minutieuse exactitude, on relèvera que parmi les enfants atteints de la fièvre spasmodique pernicieuse, la majeure partie souffraient de troubles dyspeptiques et portaient la prédisposition héréditaire de l'excitabilité cérébrale, patrimoine de parents herpétiques, d'où résultaient les affections spasmodiques; ou encore ces enfants étaient sous la dépendance d'une autre diathèse.

Sauf les diverses influences étiologiques, dit Descroizilles, nous ne pouvons pas décliner l'existence, chez beaucoup d'enfants, d'une prédisposition spéciale provenant d'une irritabilité exceptionnelle des centres nerveux. Cette tendance, que Braumès a avec raison soutenue, amène l'état spasmodique chez quelques enfants dans des conditions, sans lesquelles ceux qui ne sont prédisposés de la même façon, ne représenteraient aucune manifestation morbide. L'excitabilité cérébrale, présentée en particulier à l'âge des petits enfants, comme un état nerveux dépourvu d'altérations pathologiques, est une maladie nerveuse comprenant très souvent la fréquence des spasmes, sous la moindre influence comme par exemple à la suite d'une fièvre accidentelle. Pour qu'on se rende compte de la grande fréquence des convulsions dans le premier âge, et pour que le tort, qu'on commet en des pays chauds, de tenir comme très fréquentes à cet âge les fièvres spasmodiques pernicieuses, diminue, nous exposons plus bas la partie intéressante de la statistique de Pereiro-Rego, citée par Bourel-Rougière, de l'hôpital de Rio-Janeiro, ville dans laquelle les fièvres paludéennes font tant de ravages, que dans l'espace de dix ans (1860-1870), dix-huit pseudo-épidémies de fièvres marécageuses ont éclaté. Durant ces épidémies on a enregistré :

En 1864	des morts	d'enfants	8.157	dont	252	des convulsions.
1865	—	—	9.600	—	342	—
•1866	—	—	8.735	—	273	—
1867	—	—	1.125	—	297	—
1868	—	—	822	—	301	—
1869	—	—	2.513	—	343	—

Sur 30.951 morts, 1.811 morts des spasmes, c'est-à-dire 6 1/2 0/0.

Dubergé dit que, dans les fièvres pernicieuses dites spasmodiques, il a souvent remarqué d'autres causes des convulsions que celle du paludisme, comme par exemple les prodromes de rougeole, d'helminthiase, d'insolation, de dyspepsie, d'alcoolisme, certains ou probables, etc. Le Dr Legrain traitant la question de l'alcoolisme et de l'hérédité, a démontré que l'alcoolisme amène chez les descendants la diathèse spasmodique, élevant ainsi en axiome la théorie, que d'un père alcoolique sortira un fils spasmodique. Sur 244 enfants épileptiques dans le service de M. Bourneville à Bicêtre, 163 descendaient de parents alcooliques. Dans le livre remarquable de Hip. Barella, on trouve une foule de commémoratifs de spasmes héréditaires reconnaissant pour cause l'alcoolisme des parents. Le Dr Maurel a observé des accès fébriles spasmodiques sur un épileptique. Pasquale, dans des observations publiées sur les fièvres pernicieuses spasmodiques à Massava, conclut qu'un grand nombre des fièvres considérées comme paludéennes proviennent d'une infection par les helminthes, tel que le tænia, la strongle, la trichine, le trichocéphale, etc.

IV

Si le paludisme est donc chez les prédisposés aux spasmes une cause déterminante de l'accès spasmodique pernicieux, le frisson fébrile du paludisme est souvent, chez les enfants, le motif indirect, la cause immédiate d'une telle manifestation, attendu que la diathèse préexiste dans la nature même de l'enfant, qui sous l'influence de cette petite cause peut avoir des convulsions. Si le frisson est plutôt la cause déterminante, les recherches de Soltman, qui a mis hors de doute la grande irritabilité des nerfs périphériques dans le premier âge, sont conformes aux faits. On ne doit donc rapporter ces convulsions aux sympathiques, mais aux idiopathiques, comme celles qui sont produites à la suite d'une piqûre, d'un frottement, d'un corps étranger, d'un herpétisme de la peau, d'un chagrin, d'une contradiction, d'autant plus qu'elles se montrent durant le frisson fébrile ou à la hauteur de la température. La haute température pour le petit qui offre une énorme résistance même aux plus graves des maladies, ne peut l'influencer, parce qu'il la reçoit plus aisément et moins péniblement que l'adulte. Les pyrexies sont d'ailleurs ordinaires aux enfants qui, dès leur naissance, peuvent, sans aucun préjudice, faire remonter leur température. Après les recherches de Bouchard, personne ne peut mettre en doute les mouvements fébriles de neurasthénie, ou la fièvre hystérique même.

La fièvre typhoïde nous en fournit des preuves très instructives; pendant la convalescence, nous avons des températures élevées durant beaucoup ou peu de jours, tandis que la convalescence continue sa marche regulière. Les convulsions ne sont donc pas toujours le résultat de l'élévation de la température; il n'est pas non plus vérifié quel est le rôle du miasme palustre dans la production d'une fièvre pernicieuse réellement spasmodique, si cette dernière est exclusivement due au miasme marécageux sans autres causes concomitantes. On sait que l'élément spasmodique qu'on observe dans la pneumonie et quelquefois dans la grippe et la fièvre typhoïde, n'aboutit que rarement et dans des circonstances exceptionnelles à la mort par convulsion. Tandis que la fièvre spasmodique réelle, due exclusivement à l'élément marenmatique et ne se rencontrant que dans l'âge avancé, quoique très rarement, est dans la plupart des cas mortelle; dans l'enfance au contraire et même la première enfance cette fièvre, dite spasmodique pernicieuse, est bénigne et très rarement mortelle. Le fait ne se trouve en rapport direct, et nous fait penser que

dans la plupart des cas. Il ne doit pas s'agir de cette forme grave des fièvres paludéennes pernicieuses, mais bien d'une simple fièvre intermittente (toutes les fois qu'on retrouve le plasmode) évoluée dans un organisme souffreteux, prédisposé à des convulsions soit par hérédité, soit par individualité: ou bien encore, il faut admettre qu'il s'agit d'un état fébrile, dissimulant une fièvre intermittente avec des spasmes, et tout à fait indépendant du paludisme. Ce n'est pas quelque chose de nouveau, que la fréquence des convulsions chez des enfants d'une descendance névropathique. MM. Trousseau, Féré, Comby, Bourneville, Legrain, Barella, etc., ont déjà démontré ce fait. Mais, est-ce qu'on doit méconnaître, pour cela, que les toxines résorbées par la muqueuse intestinale, en surchargeant le sang et en irritant le système nerveux central, peuvent, par elles-mêmes, déterminer des convulsions à des enfants, dyspeptiques surtout, avec l'évolution simultanée d'une fièvre dyspeptique sous une forme intermittente?

V

C'est un fait de grande valeur scientifique que dans des fièvres paludéennes dissimulant le type rémittent, nous n'avons rencontré que très rarement des manifestations spasmodiques, mais en opposition aux fièvres intermittentes avérées, nous avons rencontré les convulsions qui survenaient pendant le frisson fébrile. Le refroidissement donc, cette brusque et soudaine action sur l'enfant sensible, est la cause la plus productrice des convulsions. Joint à l'action du froid nous continuons à attribuer une grande importance aux états anormaux du tube gastro-intestinal en général, car de nos observations personnelles nous avons beaucoup de tendance à conclure qu'il est probable qu'il survienne dans le tube gastro-intestinal un chimisme toxique quelconque, dû soit à une transformation, soit aux fermentations microbiennes, qui agissent comme une cause spasmogène. A l'appui de cette opinion, nous reproduisons plus bas quelques commémoratifs de petits malades ayant souffert de convulsions, dont la cause pathogène résidait plutôt dans une dyspepsie que dans le paludisme vérifié par le microscope.

N. J..., âgé d'un an, souffrant, depuis plusieurs semaines, d'une dyspepsie avec évacuations diarrhéique et vomissements. Il a eu, deux fois, des convulsions et, le huitième jour, une fièvre intermittente, au cours de laquelle il fut pris de spasmes. La fièvre était d'un type léger et la pyrexie monta jusqu'à 39°. La dentition et l'helminthiase n'y étaient pour rien.

L. M..., enfant d'un an, lymphatique, souffrait d'une dyspepsie. Il a eu, à plusieurs reprises, des convulsions sous l'influence d'une fièvre dyspeptique, sans le concours du miasme marécageux microscopiquement avéré.

K. K..., enfant d'un an, ayant une entérite chronique; au moyen d'exacerbation de ce catarrhe intestinal, suivie d'une effervescence fébrile, était sujet, à plusieurs reprises, pendant sa maladie qui a duré 3 mois, à des convulsions. Il fut, néanmoins, guéri par la médication appropriée du catarrhe intestinal, sans qu'il eût été besoin de l'emploi du sulfate de quinine.

Nous insistons particulièrement sur ce dernier fait, car la fièvre étant irrégulière de forme et les maladies palustres pullulant dans cette époque-là, on pouvait s induire en erreur sur le concours du miasme maremmatique, si l'examen microscopique ne venait pas verifier les faits. Il est à rappeler, a propos de la périodicité en général, que nos ancêtres basaient leur opinion de l'existence du miasme marécageux comme cause primitive, sur la forme périodique et qualifiaient toutes les maladies périodiques de fièvres paludéennes dont ainsi ils augmentaient considérablement le nombre.

VI

Tous les enfants atteints de fièvre, auprès desquels nous avons été appelé dans l'exercice de notre profession, pour fièvre que par habitude on appelait spasmodique pernicieuse, souffraient sans exception d'ingestion gastro-intestinale manifeste, ou bien, avaient une prédisposition héréditaire aux convulsions. Beaucoup de ces enfants atteints dans la suite (après la guérison de leur dyspepsie), de fièvres intermittentes simples, au cours desquelles le thermomètre s'élevait jusqu'à 41°, n'ont jamais eu de convulsions. Nous avons donc le droit, de par les faits eux-mêmes, d'attribuer les convulsions qui coincident avec l'évolution d'une fièvre intermittente, non aux seuls plasmodes, mais encore aux prédispositions individuelles ou héréditaires, qui par leur nature, incriminent les troubles dyspeptiques et les anomalies dans les fonctions gastro-intestinales. Nous n'en renonçons pas moins à admettre la fièvre pernicieuse essentiellement spasmodique, qui est assez rare, mais qu'on rencontre engendrée exclusivement par l'élément palustre.

MM. Bouveret et Deiv ont décrit des états spasmodiques d'origine intestinale, et après des expériences nombreuses et assidues faites avec beaucoup de patience et de perspicacité sur des animaux, ils en ont reconnu la cause dans la transformation des chimismes stomacaux qui donnaient naissance à de la peptotoxine spasmogène.

J. M..., enfant de six ans; sa mère souffrait de fréquentes inflammations charbonneuses et de céphalalgies rebelles; durant ces accès, elle était incapable de tout travail. Son père était sujet à des épistaxis fréquentes, surtout dans la saison d'été; il souffrait aussi de la goutte et de dyspepsie chronique. Cet enfant, toutes les fois qu'il avait un malaise, soit du côté du tube gastro-intestinal, soit d'ailleurs, était pris de convulsions. Le 10 juin 1895, il tomba malade d'une fièvre intermittente typique. Dans le premier mouvement fébrile, il fut pris par des convulsions quatre fois, et, dans le second accès, cinq fois. Les parents s'étaient abstenus de lui administrer de la quinine, craignant l'hémoglobinurie; cependant l'enfant n'en a pas souffert.

Nous en faisons mention, non dans l'intention de préconiser le traitement sans la quinine, mais pour faire valoir que les effets mortels qu'on attribue à la fièvre paludéenne spasmodique pernicieuse n'existent pas, même en s'abstenant de quinine. Cette gravité n'appartient qu'aux fièvres paludéennes essentiellement pernicieuses, qui si elles n'étaient traitées par la quinine, aboutiraient assurément à la mort.

Nous concluons donc que les convulsions de l'enfant étaient dues plutôt à sa diathèse héréditaire qu'au miasme palustre lui-même.

Il en est de même des autres cas s'étant heureusement terminés, dans lesquels la cause pathogène disparaissait sans l'emploi de la quinine, à cause de la quininophobie des parents; dans ces cas il s'agissait de familles où la diathèse lymphatique prédisposait aux accidents convulsifs.

Familles G... et E..., très névropathes. Enfants, la plupart, prédisposés aux spasmes à la moindre occasion, et particulièrement au cours des mouvements fébriles dyspeptiques. Plusieurs fois, ils ont offert pendant les indigestions une forme intermittente assurément non paludéenne, d'autres fois ils ont souffert des fièvres intermittentes véritables, constatées au microscope, et bien qu'ils subissent souvent, au cours de l'évolution de ces deux pyrexies complètement indépendantes, des accès de convulsions, aucun de ces enfants n'en est mort.

Il est à remarquer que dans les pyrexies paludéennes la quinine n'a pas été méthodiquement administrée.

Nicolas, 4 ans. Père arthritique; deux cousins germains épileptiques; sa tante, du côté de la mère, hystérique. Le cousin germain de son père avait une lithiase de la vessie, par conséquent, arthritique par hérédité. L'enfant au début du mois d'août 1895, tomba malade d'un catarrhe gastrique. Au bout de huit jours, c'est-à-dire pendant la convalescence, il fut pris de frissons, prodrome d'un véritable accès intermittent, des convulsions éclatèrent, et l'on assista au réveil des troubles spasmodiques latents par le miasme paludéen : cet état résultait, d'une part, de la diathèse héréditaire du sujet, et

était suscité d'autre part par les troubles gastriques. Peu après l'enfant pris trois fois d'accès intermittent, sans l'évolution antérieure de trouble dyseptique, n'a plus eu de convulsions, bien que les fièvres intermittentes fussent revenues avec une violence et une intensité plus grandes de l'élément palustre.

Venus... trois ans. Son père est hémorroïdaire, sa mère souffre de fréquentes céphalagies. L'enfant est sujet à de fréquentes indigestions au cours desquelles des convulsions éclatent quelquefois, mais le plus souvent, lors de manifestations paludéennes. Plusieurs fois, on remarqua que la petite était frappée de convulsions plutôt sous l'influenee des causes extérieures que sous l'empire du paludisme ou de la dyspepsie. Le bruit du tambour, par exemple, provoquait les spasmes immédiatement. Nous avons assisté, nous-même, par hasard, à un aecès intermittent, et nous vîmes les spasmes se répéter tant dans la période du frisson que dans celle de la chaleur et durant le passage d'un cortège nuptial du village, près de la maison, avec des flûtes et des tambours. Cet état donc, résidant dans la nature même de la petite, est idiopathique, et les spasmes ne se rapportent pas à un état sympathique, mais bien à un état idiopathique. Les parents, saehant que ces aceidents arrivaient toutes les fois qu'on jouait du tambour dans leur voisinage, éloignaient la petite de la maison pour prévenir le mal.

Famille G... M..., composée de trois enfants. Parents arthritiques. Les trois petites, si elles viennent à souffrir, soit de dyspepsie, soit d'une maladie paludéenne, ont des eonvulsions. Cette propriété spasmodique demeura définitivement chez ehaeun des trois enfants, par une coïncidence bizarre, jusqu'à la troisième année de leur âge; au delà de eet âge, quoiqu'ils eussent été atteints à plusieurs reprises par des fièvres intermittentes, comme vivant dans un milieu très maréeageux, ils n'ont jamais souffert dans la suite de crises spasmodiques.

VII

Nous comptons de nombreux cas comme les précédents, et nous croyons qu'on ne doit pas attribuer, légèrement et sans contrôle, à la fièvre intermittente les convulsions qui se manifestent pendant tout le premier âge et souvent plus tard, jusqu'à l'âge de trois ans: c'est plus rarement qu'on doit considérer les convulsions comme venues sous l'influence du paludisme, parce que, dans le jeune âge, il y a tant de causes qui peuvent provoquer les spasmes qu'on ne saurait que très difficilement attribuer au seul miasme paludéen cette conséquence de tant d'autres eauses gastro-intestinales, idiopatiques ou héréditaires. Les troubles nutritifs chez les petits enfants, un état réveillant convulsif latent, de cause soit par hérédité, soit personnelle, est analogue aux manifestations qui surviennent au terrain hystérique, où nous voyons les hyperesthésies se manifester très fréquemment, sous l'influence d'une maladie accidentelle et même des crises convulsives (Janselme).

Le professeur A. Zinnis a bien voulu nous communiquer par lettre qu' « à Athènes, les fièvres paludéennes pernicieuses ont été rares chez les petits enfants et encore plus rares dans les deux premières années de la vie ».

Nous croyons que l'opinion du Pr Zinnis, directeur depuis de longues années de l'Asile des Enfants-Trouvés, est de beaucoup de poids puisqu'elle découle d'une très longue expérience ; mais on ne doit pour cela méconnaître le fait que la ville d'Athènes n'est point à l'abri de l'influence dépressive du miasme paludeen.

Nous sommes d'avis que le miasme marécageux, dans la production de la fièvre convulsive pernicieuse, agit non comme une eause immédiate, mais comme une cause médiate, et en des cas plus rares qu'on ne croit en général. C'est pourquoi, dans les autres âges que celui des enfants ou plutôt des nourrissons, nous remarquons que les fièvres convulsives pernicieuses font défaut ou deviennent très rares, mais, en revanche, sont presque toujours mortelles.

VIII

Étant donnée la facilité avec laquelle on trouve partout des fièvres convulsives pernicieuses dans le premier âge, on est obligé, si l'on tient compte de la réalité du fait, de faire une distinction et de considérer comme mortels les seuls accès fébriles convulsives essentiellement pernicieux dans les âges plus avancés que celui des nourrissons (comme ils le sont véritablement), et comme non mortels les fièvres spasmodiques prétendues pernicieuses dans la première enfance, sauf certains cas exceptionnels et très rares, où l'on a affaire à la fièvre paludéenne essentiellement pernicieuse d'origine paludéenne. Nous connaissons de notre propre expérience et d'après les observations de Baumel, professeur à la clinique des maladies d'enfants de Montpellier, que dans la fièvre intermittente l'enfant est plus intoxiqué que l'adulte, et c'est la raison pour laquelle l'enfant, plus impressionable à l'influence pathogénique du plasmode de Laveran, offre plus de résistance à l'action thérapeutique de la quinine.

Après ces faits démontrés, comment s'expliquer la plus grande intoxication de l'enfant, d'une part, et la fréquence de l'accès convulsive dit comme pernicieux, de l'autre, et le caractère bénin de ce dernier, ce qui oblige presque tous les auteurs à ne pas le considérer comme mortel dans la première enfance ? Doit-on admettre ces accès comme pernicieux ? Faut-il les ranger parmi les fièvres pernicieuses d'origine palustre, quand la vie du petit malade n'est point en danger, ou les considérer bénins comme les fièvres intermittentes simples, et attribuer la propriété convulsive plus rarement au miasme marécageux lui-même, et plus souvent à la diathèse individuelle ou héréditaire?

Nous citerons l'histoire succincte d'un petit enfant qui tomba malade de la fièvre convulsive dite pernicieuse et qui guérit par la médication des fièvres intermittentes simples, ce qui arrive toujours. La conduite thérapeutique elle-même démontre que, dans la plupart des cas, il ne doit pas s'agir effectivement de la fièvre pernicieuse essentielle, mais bien d'une simple fièvre intermittente se développant sur un terrain prédisposé aux convulsions.

Jean K..., trois ans, tempérament scrofuleux, est né de parents lymphatiques. En septembre de 1895, il fut atteint d'aceès intermittents pendant cinq jours. Pendant ce temps, il fut pris quatre fois de eonvulsions, le premier et le second jour. Il guérit après administration de chloral et de quinine aux doses moyennes qu'on emploie ordinairement contre les fièvres intermittentes simples. Il eut les spasmes non pendant le temps où la température était élevée, mais lorsqu'elle variait entre 38 et 39°.

Le caractère pernicieux ne tenait pas au miasme paludéen ni à son aetion toxique, ni à une grande quantité d'hématozoaires eomme il arrive dans les autres fièvres pernicieuses parce que dans ce eas, nous aurions constaté un autre genre de manifestation pernieieuse, eomme par exemple de la fièvre eomateuse et non une fièvre spasmodique; la malignité de la maladie dépendait plutôt de l'état subjectif du petit malade ou de son état diathésique héréditaire ou individuel. Le traitement donc devait être dirigé autant contre la première que eontre la seeonde cause de l'affection.

Nous n'avons jamais pu constater chez les enfants des fièvres pernicieuses convulsives, comme on en décrit et l'on en qualifie, à moins qu'ils n'en eussent les germes dans une diathèse individuelle ou héréditaire, et nous sommes convaincus que les enfants qui n'offrent aucune dyscrasie morbide, ne sont que très rarement atteints par la fièvre pernicieuse eonvulsive d'origine palustre. Peut-être que notre expérience, quoique grande, n'est pas encore suffisante ! Mais nous sommes pénétrés de la conviction que, si tant de eauses multiples, hors du domaine du paludisme, ne concouraient à la propriété spasmodique, il faudrait alors attribuer également à tous les âges toute forme de fièvres pernicieuses, et, par conséquent, il faudrait avoir dans les âges plus avancés des fièvres pernicieuses convulsives, qui, on le sait, ne se reneontrent guère que durant la première enfance.

IX

Les cas qu'on va lire dans la suite, sont de nature à prouver que l'helminthiase, en dehors de tout ce qui précède, peut encore simuler la fièvre pernicieuse.

La petite Stavroula..., âgée de deux ans, prédisposée aux convulsions, de tempérament lymphatique, et dont la mère souffre de rhumatisme chronique des extrémités, ressentit, durant l'automne de 1894, un léger frisson, et fut prise de quelques vomissements, de pyrexie et certains spasmes légers, suivis d'un état comateux. Les frissons revenaient avec le type quotidien, et s'accompagnaient de légères éphidroses, et le paludisme se compliqua d'un catarrhe dysentériforme avec évacuations sanguinolentes. Nous prescrivîmes les médicaments indiqués ainsi que la quinine sans aucun profit, et ce ne fut seulement qu'avec des lavements tièdes au borate de soude et à l'amidon après ou à l'acide salicylique et alternant, que la petite malade fut soulagée, et que son état changea d'aspect. Dans les matières évacuées par l'action des lavements, cinq grands oxyures furent constatés. Ces entérozoaires engendraient, à coup sûr, tous les symptômes morbides et dès leur évacuation la petite, qui avait été accablée par la quinine, est revenue à la santé. La même enfant, prise une autre fois par une dyspepsie gastro-intestinale, manifesta du côté de l'encéphale des phénomènes réflexes avec des convulsions cloniques générales, qui étaient dues à son tempérament nerveux ; il paraît que, à mesure qu'elle avance en âge, elle perd cette tendance aux convulsions, car elle a eu dans la suite à plusieurs reprises la fièvre intermittente sans que celle-ci se soit accompagnée par des troubles convulsifs.

Nous avons à relater encore un autre fait, où il s'agit d'une pelote de vers intestinaux installée dans le côlon descendant sans qu'on l'y eût soupçonnée ; elle avait déterminé la symptomatologie d'une fièvre pernicieuse convulsive avec refroidissement des membres, éphidroses, état comateux et tous les autres symptômes. On eut beau saturer la petite malade de quinine, aucune amélioration ne se produisit. Voici d'ailleurs l'observation :

P... S..., fillette de trois ans, scrofuleuse, souffrait antérieurement de fièvres intermittentes. Au mois d'août 1891, à la cueillette des glands, on s'était aperçu que la petite était indisposée et que ses membres étaient froids. Peu après, des spasmes éclatèrent. On nous l'a amenée dans cet état. Son visage était blanc, pâle, les extrémités froides, les yeux convulsés en haut ; les pupilles réagissaient physiologiquement et n'offraient aucune anomalie, les extrémités en une légère contracture ; le ventre météorisé ; la rate volumineuse (à cause du paludisme chronique antérieur) ; le pouls petit et fréquent (115) ; température 39°, perte de connaissance ; état comateux ; phénomènes spasmodiques légers ; miction involontaire. Diagnostic : Fièvre pernicieuse.

Août 16, *matin* : injections sous-cutanées de quinine, lavements antispasmodiques et lavements froids irritants ; vésicatoire entre les omoplates. *Soir* : éphidroses légères; fièvre 38°,4, vomissements ; le contenu des lavements sortait aussi pur qu'avant de l'administrer. Calomel. *A minuit*, on vient nous chercher en toute hâte. Spasmes; température 38°,9, répétition des lavements au chloral. *Août* 17, *matin* : pouls filiforme (140) ; température 39°,5, délire léger, grincement des dents ; le coma continue ; sueurs légères à la région naso-frontale ; membres légèrement froids, évacuations nulles, ventre tympanisé. Tandis que nous étions en train de procéder à l'injection de la quinine, nous voulûmes assister à l'administration du lavement et nous fûmes étonné de voir que le liquide sortait pur comme à son introduction. Notre premier mouvement fut d'attribuer la chose à une irritation, mais ensuite nous cédâmes à la probabilité de l'existence d'un corps étranger qui offrait un obstacle au progres du liquide, ce que nous avons constaté en cathétérisant la petite. Ayant introduit le doigt dans l'anus nous sentîmes comme une boule molle. Cette boule était une pelote de vers intestinaux, d'ascarides, et ce fut avec grande peine que nous pûmes la retirer. Elle était composée d'une centaine d'ascarides environ. Après son extraction le lavement provoqua des évacuations très fétides. Quelques heures après, à notre seconde visite, la petite malade sortait de son état comateux.

Un cas analogue d'occlusion intestinale déterminée par des pépins de raisin, est cité par M. Scaventsos, médecin de l'armée ; on crut d'abord à une fièvre paludéenne, et le diagnostic définitif n'a été établi que lorsque des vomissements fécaux commencèrent à se produire.

X

On peut énumérer un grand nombre de cas, particulièrement de dentition difficile, où le diagnostic était resté obscur. Quels doivent être encore, outre les diathèses héréditaires ou individuelles, la dyspepsie, les nombreux cas de fièvres convulsives prétendues pernicieuses causées par la dentition, que les mères et les médecins traitants envisageaient autrefois avec tant de craintes?

Il ne faut donc pas attribuer, avec tant de facilité et de légèreté de conscience, toutes ces convulsions aux fièvres paludéennes dites pernicieuses, surtout quand on sait la grande irrégularite et les formes frustes qu'affecte le paludisme dans ses manifestations chez les nourrissons.

Les intoxications colobactériennes, si fréquentes dans la première enfance, les altérations du foie, en particulier dans les indigestions gastro-intestinales et la dilatation stomacale ; les troubles de l'action glycogène hépatique qui diminuent la propriété destructive de ce viscère sur les éléments toxiques, ainsi qu'un nombre infini de causes multiples, qui dans leur évolution peuvent simuler une fièvre pernicieuse nous font faire des réserves sur la multitude des manifestations spasmodiques attribuées aux fièvres paludéennes prétendues pernicieuses ; on y a recours, comme à une ancre de sûreté, toutes les fois que, en de telles occurences, le diagnostic se présente entouré de difficultés. Il faut rendre à César ce qui est à César.

En conséquence la plupart des auteurs doivent cesser de décrire dans leurs ouvrages classiques une fièvre convulsive pernicieuse. Et, si l'on ne peut être aussi absolu pour les autres âges, du moins, en ce qui concerne les fièvres convulsives pernicieuses dans le premier âge, qu'on a pris la coutume d'énoncer comme très fréquentes, on peut restreindre les circonstances rares et exceptionnelles, où l'on a affaire à une fièvre convulsive véritablement pernicieuse due exclusivement au miasme palustre, loin de l'intervention d'un autre élément quelconque. Nous en concluons d'une façon sûre que cette forme pernicieuse est par elle-même très rare, et nous renonçons ouvertement à considérer comme définitive la manifestation des formes décrites dans le chapitre de la fièvre convulsive pernicieuse et réunies à celle-ci ; telles sont les formes épileptique, tétanique, hydrophobique et éclamptique. Il n'en existe aucune.

A vrai dire, dans la fièvre pernicieuse comateuse, il existe aussi, souvent, des contractions musculaires circonscrites, comme par exemple le trismus, le renversement du globe oculaire, tandis que, en revanche, les autres muscles ne nous offrent que des signes d'un trouble irrégulier et non spasmodique, ou ils sont en relâchement. Mais dans des cas exceptionnels, dans la fièvre pernicieuse comateuse les troubles musculaires se généralisent aussi, et la maladie semble alors déguisée, masquée, sous la forme plutôt convulsive que comateuse.

Par ces raisons, en disant fièvre convulsive pernicieuse, nous ne sous-entendons pas toutes ces formes où quelques petits spasmes surviennent, mais bien celles où des convulsions épileptiques grandes et prolongées tiennent la scène. C'est ce que nous prétendîmes depuis 1895, et que M. Dubergé accepta en 1896. Nous aimons à espérer que de nouvelles recherches en feront la lumière tout en nous rendant justice.

XI

De toute cette étude nous tirons, d'une manière générale, les conclusions suivantes :

1° La fièvre convulsive essentiellement pernicieuse à notre avis est très rare ;

2° Les formes épileptiforme, hydrophobique, tétanique et éclamptique n'existent pas, et doivent être éliminées de la pathologie ;

3° Dans la plupart des cas constatés dans le premier âge, il ne s'agit point de la forme grave de la fièvre convulsive pernicieuse, mais bien d'une simple fièvre intermittente, qui évolue sur un terrain souffreteux et prédisposé aux convulsions, soit par idiosyncrasie, soit par hérédité ;

4° Comme fièvre convulsive pernicieuse, nous n'entendons pas les mouvements fébriles avec de légers ou de petits spasmes, mais bien la fièvre, qui fait entrer en scène des spasmes épileptiformes grands et prolongés, et qui, étant très souvent mortelle, met toujours en danger la vie du malade ;

5° Si, aux cas des manifestations convulsives des fièvres convulsives prétendues, à tort et à travers, pernicieuses, que l'on voit si souvent diagnostiquer chez les petits enfants, l'on porte suffisamment d'attention aux prédispositions tant individuelles qu'héréditaires, on décélera toujours un terrain préparé préalablement à ces accidents. Les prédispositions individuelles sont donc favorables et nécessaires à la manifestation de ces fièvres qui sont à tort surnommées convulsives. Le paludisme vient s'adjoindre pour ainsi dire, à ces états morbides, sur un terrain contenant déjà le germe convulsif. Le terrain joue donc un rôle important dans la forme de la manifestation du paludisme :

6° Nous divisons les spasmes des enfants en deux périodes, suivant le temps de leur apparition. L'une de ces époques s'étend jusqu'au voisinage de la troisième année, l'autre au-dessus de cet âge. Pendant la première période les fièvres convulsives dites pernicieuses sont plus rares qu'on ne croit, attendu qu'à cet âge, il existe souvent des causes qui prédisposent aux convulsions qui diminuent avec les progrès de l'âge ;

7° L'infection paludéenne sert comme une cause médiate et agit plutôt comme un élément secondaire en éveillant la vertu spasmogène qui réside en puissance chez le sujet, soit individuellement, soit héréditairement ;

8° Les affections gastro-intestinales, en général, préparent un terrain favorable à l'installation du paludisme même sous la forme convulsive ;

9° Nous tenons comme rare la fièvre convulsive essentiellement pernicieuse, et nous admettons la fréquence de l'évolution d'une fièvre intermittente sur un terrain prédisposé aux spasmes et le déguisement de cette fièvre sous la forme de fièvre convulsive essentiellement pernicieuse ; la première est presque toujours mortelle, la seconde bénigne et aboutit presque toujours à la guérison.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — *Le concours pour un emploi de chef de clinique obstétricale* s'ouvrira à la Faculté le samedi 28 octobre 1899, à 10 heures du matin. *Conditions* : Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté du 13 au 21 octobre, et déposer en s'inscrivant une expédition de leur acte de naissance et du diplôme de docteur en médecine. Est admis à concourir tout docteur en médecine, de nationalité française, âgé de 35 ans au plus. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, en outre, le chef des travaux anatomiques, le prosecteur d'anatomie, le préparateur d'anatomie pathologique ne pourront cumuler leurs fonctions avec celles de chef de clinique. La durée des fonctions de chef de clinique est fixée à un an ; la nomination pourra être prorogée trois fois, et pour une année chaque fois, sur la demande du professeur. Le traitement annuel est de 1.200 francs. Les épreuves du concours consistent : 1° En une composition sur un cas de dystocie ou de pathologie de la grossesse ; 2° en une épreuve clinique orale de 15 minutes sur une ou deux femmes, au choix du jury, après une demi-heure d'examen et de réflexion ; 3° en manœuvres obstétricales ; 4° en appréciation des titres antérieurs et travaux des candidats.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. CARLES, agrégé libre, est chargé, pendant l'année scolaire 1899-1900, d'un cours complémentaire d'hydrologie et de minéralogie.

TÉRATOLOGIE

Un prétendu androgyne dans un service de femmes ;

par MM. le Dr RICOUX et Ed. AUBRY, internes de l'Asile de Maréville.

Il s'agit d'un épispade, qu'il nous a été donné d'observer dans le service du Dr Pâris, médecin en chef de la section des *femmes* à l'asile de Maréville. Le cas, quoique n'étant pas une rareté anatomique, nous a paru intéressant à relater à cause du genre de vie spécial que menait le malade dans son village, et de la méprise à laquelle donna lieu, à un âge aussi avancé (72 ans), son internement dans une maison de santé.

Porté à sa naissance sur le registre de l'état civil, comme appartenant au *sexe hermaphrodite* (*sic*), et sous un nom double masculin et féminin, D... fut reconnu l'année suivante comme étant du sexe masculin, à la suite d'un examen ordonné par le Procureur du Roi.

Né en 1828 de parents normaux, D... paraît être le seul membre de sa famille atteint de malformation. Il a eu deux frères dont l'un marié, a des enfants bien constitués. Jusqu'à l'âge de 10 ans, il vécut et fut habillé comme un garçon. A cette époque on lui fit prendre des vêtements de femme parce qu'il ne pouvait pas uriner sans salir son pantalon et que *ses parents, craignant de s'être trompés sur son sexe*, ne voulaient pas l'exposer à faire du service militaire. A partir de ce moment jusqu'à son entrée à l'asile, il resta un homme-femme. Suivant la manière assez répandue en Lorraine, de désigner par les diminutifs en *on* comme Manon, Fanchon, etc., les femmes au type masculin, D... fut appelé Finon. D'une intelligence débile, il fréquenta peu l'école et fut employé à la garde des pourceaux. Devenu plus grand, ses travaux restèrent plutôt des travaux d'homme : il travaillait au bois, fauchait et s'était fait une spécialité des plus rudes besognes : équarissage, forage de puits, vidange, etc. Quand ses occupations masculines lui faisaient défaut, D... *tricotait et faisait la lessive*. Malgré son *costume féminin*, les allures de D... étaient celles d'un homme. Porteur d'une forte barbe, il se rasait chaque semaine, montait à cheval, fumait, jurait et s'enivrait. Il lui arrivait parfois, après avoir absorbé de copieuses rations d'eau-de-vie, de s'attaquer aux femmes ; elles auraient eu souvent à se défendre contre ses attentats qui ne pouvaient cependant pas avoir de grandes conséquences, le coït lui étant anatomiquement impossible. D'autre part il aurait joué le rôle inverse vis-à-vis de soldats d'une garnison voisine. Il était d'ailleurs un objet de curiosité et connu dans le pays sous l'étiquette de la « femme à barbe ». En résumé, d'après ce qui précède, nous voyons que D... avait une existence absolument bisexuée, alliant aux travaux des champs et aux habitudes du sexe fort des occupations et un costume tout féminins. Amené à l'asile fin juillet 1899 par le garde-champêtre de son village, D... marchait très difficilement et donnait le bras à son conducteur. Il était vêtu d'habits de femme usés, corsage et jupe noirs, chemise sans manches et bonnet à ruches. Son visage, bien que fraîchement rasé, contrastait singulièrement avec son bonnet blanc. Admis à l'asile en vertu d'un arrêté administratif avec des pièces ne donnant que des renseignements très succincts sur ses antécédents, il fut envoyé par les bureaux dans le service des femmes en raison de ses prénoms et de son costume ; la personne qui l'accompagnait n'ayant pu fournir aucun renseignement. Alité dès son arrivée dans un dortoir de femmes, D..., très sourd d'ailleurs, n'eut nullement l'air dépaysé dans ce milieu. Immédiatement mis en éveil par ses allures et sa voix, nous l'avons examiné facilement sans provoquer de sa part aucun étonnement ni aucun sentiment de pudeur, et nous avons constaté ce qui suit : les cheveux sont assez courts, gris et rares. D... nous dit ne les avoir jamais coupés. La face très masculine nous montre un système pileux très bien développé. Les oreilles sont asymétriques, mal ourlées, non percées, la droite est sensiblement déformée. Le sujet ne présente

pas à la face de signes de dégénérescence. Les muscles du cou sont bien développés ; le cartilage thyroïde fait une forte saillie, il est dur et surmonte un corps thyroïde peu volumineux, le lobe médian seul prédomine sensiblement. La voix, forte et grave en temps ordinaire, s'adoucit quand le malade, assez craintif, manifeste un sentiment de frayeur. Le système osseux est en général très développé, les membres supérieurs sont bien musclés, les avant-bras sont aplatis, les mains noueuses et larges. Traces de fracture du cubitus du côté droit. Les membres inférieurs sont maigres, bien musclés. Quelques poils assez rares recouvrent la région du genou. L'arcade plantaire est très accusée. Le thorax est bien conformé, cylindrique, recouvert de pectoraux vigoureux ; quelques poils au niveau des mamelons, ces derniers étant petits, très peu saillants ; le tissu glandulaire sous-jacent fait totalement défaut. Le ventre plat est marqué par un ombilic saillant qui se trouve à 20 centimètres de l'appendice xiphoïde. L'ossature du bassin est tout-à-fait masculine; la mensuration donne :

Périmètre du thorax au niveau des dernières fausses côtes 75 centimètres. Périmètre du bassin au niveau des épines iliaques antéro-supérieures 72 centimètres. Les deux épines pubiennes très écartées (10 centimètres) sont saillantes et volumineuses. Enfin la distance de l'ombilic au méat urinaire est de quatre centimètres et demi. Le système pileux de la région génito-anale est normalement développé.

Les organes génitaux sont ceux d'un épispade complet avec monorchidie. Le pénis est aplati et relevé contre l'abdomen auquel il est en quelque sorte accolé, ce qui ne permettrait pas le coït, l'intromission n'étant guère possible, et le sperme en cas d'éjaculation ne pouvant être projeté que sur l'abdomen. Il mesure 56 millimètres de long et 35 millimètres de largeur à la naissance et 46 milimètres au niveau du gland. La paroi supérieure est constituée par l'urètre étalé présentant ses détails anatomiques normaux, et se continuant dans la vessie par une crête divisant en deux un méat vésical dont les dimensions sont de 15 millimètres horizontalement, et verticalement sur la ligne médiane de deux millimètres seulement. La face inférieure du pénis nous montre un gland étalé uni par un frein très court à un prépuce sans adhérences qui se continue par les faces latérales avec l'urètre précédemment décrit. Le scrotum lisse, sans poils, ne présente pas de cicatrices, il est normalement rétractile, le raphé est bien marqué. On y trouve à droite un testicule de volume peu inférieur à la normale, de sensibilité très exagérée, de consistance assez molle coiffé d'un épididyme nettement perceptible. Les canaux déférents semblent normaux des deux côtés. Le gauche se continue avec une petite masse molle, noduleuse, du volume d'une grosse lentille. Pas de testicule de ce côté.

L'anus large, dilaté, permet facilement le toucher rectal qui fait sentir une prostate atrophiée.

Après constatation de son sexe, D... fut envoyé dans le service des hommes. Il semble très étonné de se trouver dans ce milieu, et très gêné de porter le costume masculin. Il s'affranchit partiellement des exigences de sa nouvelle tenue en déchirant son pantalon, de façon à pouvoir continuer à uriner comme par le passé.

Nous sommes donc en présence d'un homme présentant des anomalies sexuelles peu rares en somme ; toute l'originalité du fait reposant sur l'existence antérieure de cet hermaphrodite social, malgré la régularisation ancienne de son état civil, vivant d'une existence bisexuée et dont le véritable sexe était absolument méconnu. L'erreur menée jusqu'à un asile d'aliénés par l'omission de l'envoi d'un extrait de naissance, aurait peut-être duré jusqu'à sa mort si un examen des organes génitaux ne l'eût fait relever. Remarquons à ce propos qu'on ne saurait trop insister sur la nécessité d'examiner les organes génitaux de certains aliénés, des femmes à barbe notamment, à leur entrée dans les asiles ; de suivre en cela la pratique du Dr Bourneville à Bicêtre, au risque de soulever comme lui les indignations d'une presse souvent incompétente et parfois injuste.

Dans le cas particulier la présence de cet individu dans un service de femmes n'eût pas été bien dangereuse en raison de son âge et de la conformation de ses organes, mais il n'en aurait pas été de même si l'erreur avait été commise relativement à un sujet plus jeune.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le sanatorium d'Hendaye et la prophylaxie de la tuberculose par le placement familial.

Il vaut mieux prévenir que guérir, aussi la Ville de Paris ne s'est pas contentée dans la lutte contre la tuberculose de fonder des hôpitaux comme Berck-sur-Mer et Angicourt, elle vient d'inaugurer un sanatorium à Hendaye. Les enfants de parents peu aisés, anémiés par les maladies et par l'encombrement des logements ouvriers, peuvent dès à présent y venir respirer l'air pur et reconquérir les forces que même le bien-être ne pourrait leur rendre à Paris.

Rien, paraît-il, ne laisse à désirer en ce sanatorium. Situé à 3 kilomètres d'Hendaye à l'embouchure de la Bidassoa, dans une sorte de cuvette protégée de la brise trop vive de l'Océan, cet établissement, œuvre de l'architecte Belouet, comprend huit pavillons isolés, quatre pour les garçons et quatre pour les filles. Des classes dont les préaux s'ouvrent sur la mer, les séparent. Un pavillon d'observation pour les nouveaux arrivés avec vingt-six lits et une infirmerie de dix-sept lits complètent le sanatorium d'Hendaye qui peut hospitaliser deux cents enfants. L'établissement fonctionne déjà sous la direction de M. Iribe et la surveillance médicale du Dr Camino. M. Lucipia, président du Conseil municipal de Paris, l'a visité récemment et une centaine d'enfants y sont dès à présent soignés.

Nous ne saurions trop applaudir à cette inauguration, mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que sur le nombre des petits Parisiens malingres, mal logés, mal nourris et trop souvent alcoolisés, deux cents places dans un sanatorium, c'est bien peu. Il en est des milliers qui auraient besoin de s'y revivifier et nous doutons que l'on parvienne à créer un nombre suffisant de fondations de ce genre. Loin de dédaigner cet essai qui, dans bien des cas, offrira des avantages sérieux, nous croyons qu'il serait bon de tenter autre chose de plus pratique et de moins coûteux. Depuis plusieurs années nous réclamons l'envoi à la campagne des enfants malingres, proie fatalement vouée à la tuberculose. Très souvent dans le service du traitement à domicile, nous avons pu constater que, pour l'envoi de petits malades ou convalescents chez des parents à la campagne, le seul obstacle consistait dans les frais du voyage, et l'Assistance publique par une entente avec les Compagnies de chemins de fer et la création de secours spéciaux pourrait facilement le supprimer. Elle aurait ainsi une double satisfaction : d'abord de mieux remplir son but humanitaire, ensuite d'économiser les frais que lui occasionnera tôt ou tard le jeune malade devenu tuberculeux.

On pourrait objecter que tous les petits Parisiens

n'ont pas à la campagne des parents pour les recevoir. Nous n'en doutons pas, mais ne pourrait-on pas organiser pour ces derniers des sortes de colonies à placement familial? Cette proposition fut jadis faite à la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris, par M. le Dr Dufournier, sous le titre, plus paradoxal en apparence qu'en réalité, de: *Placement familial des tuberculeux à la campagne.* M. Dufournier n'avait certes pas l'intention d'infecter les familles des villageois de phtisiques avancés, propageant par leurs crachats la tuberculose. Il désirait seulement attirer l'attention sur les avantages que pourrait fournir le placement familial à d'autres malades que les aliénés. Pour ces derniers, la colonie de Dun-sur-Auron a fait ses preuves; pour les enfants malingres les résultats seraient encore certainement meilleurs.

Ne pourrait-on pas choisir quelques villages sur les bords de la mer ou dans un pays montagneux, où moyennant une rétribution modeste, les habitants prendraient en pension les jeunes Parisiens qui leur seraient envoyés? Une construction légère serait aménagée pour servir d'école et d'infirmerie, et un instituteur, seul ou secondé d'aides, serait chargé d'instruire les enfants, de les surveiller et de constater si les familles qui les reçoivent, remplissent bien les engagements imposés lors du placement des petits Parisiens. Un médecin local assurerait la surveillance sanitaire. Il est certain qu'une organisation de ce genre donnerait de bons résultats avec une dépense modérée. Elle ne nécessiterait qu'un nombre très restreint de fonctionnaires et d'employés, des frais généraux très minimes, et ce ne serait pas deux cents enfants comme à Hendaye, mais plus de mille qui, dans un très bref délai, pourraient bénéficier de l'air de la campagne. En tous cas, l'expérience est à faire, elle ne parait ni difficile, ni très coûteuse. J. Noir.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VII. — Note sur la valeur thérapeutique du bleu de méthylène dans l'impaludisme; par Boinet, professeur à l'Ecole de Medecine de Marseille. (*Bull. gén. de Thérap.*, 15 août 1899.)

VII. — L'auteur, en collaboration avec le Dr Trintignan, a après de nombreuses expériences pu conclure en 1892 : Le traitement de l'impaludisme par le bleu de méthylène employé dans les cas où le sulfate de quinine avait été impuissant, a donné surtout des résultats favorables, lorsque l'invasion de la maladie était de date récente. M. Boinet a depuis continué ses recherches sur les ouvriers travaillant aux vendanges de la Camargue. Il a observé trois groupes de malades : 1° des paludéens récents n'ayant jamais pris de quinine; 2° des paludéens chez lesquels le bleu de méthylène échoua et où la quinine produisit de meilleurs effets; 3° enfin des paludéens chroniques.

M. Boinet conclut en donnant dans l'impaludisme aigu la préférence à la quinine qui doit être substituée ou associée au bleu de méthylène. Si la quinine échoue, c'est parce qu'on la donne à dose insuffisante ou à un moment inopportun. Dans le paludisme chronique et la cachexie paludéenne, l'action du bleu de méthylène est encore moins énergique que dans le paludisme aigu. En somme, le bleu de méthylène a une action thérapeutique appréciable dans le paludisme, mais inférieure à celle de la quinine; toutefois, loin de s'exclure, ces deux médicaments peuvent être associés, soit successivement, soit simultanément.

VIII. — Traitement de la fièvre typhoïde par la chlorine; par Wilcox. (*Medic. News.*, fév. 1899.)

VIII. — La chlorine, qui s'obtient en traitant le chlorate de potasse en poudre par l'acide chlorhydrique concentré avec addition de quinine, aurait, s'il faut en croire Wilcox, une efficacité réelle dans le traitement de la fièvre typhoïde. A la suite de son administration, la langue se nettoierait, on verrait survenir l'appétit, tomber la fièvre et les selles prendraient une odeur particulière due au médicament. Comme conséquence, il y aurait une amélioration de l'état général, des forces et des facultés intellectuelles. La chlorine raccourcirait notablement la durée de la maladie et celle de la convalescence; son usage peut se continuer jusqu'à désinfection complète du tube digestif.

IX. — De l'eau oxygénée en chirurgie; par Tissot. (*Arch. de méd. navale*, 1899.)

IX. — L'eau oxygénée vraie ou peroxyde d'hydrogène est un antiseptique énergique et d'emploi facile dont l'usage se répand de plus en plus en chirurgie et même en médecine.

En médecine, nous nous contenterons de rappeler les résultats relatés par Biard dans sa thèse de 1896 au moyen de l'eau oxygénée dans les vomissements incoercibles. En chirurgie, les applications sont plus nombreuses. Dès 1862, Laugier, J. Guérin et d'autres, avaient signalé son action excitante; Pailly, en 1881, l'avait utilisée comme antiputride chez Péan et Béchamp ; P. Bert et Regnard à l'Académie des Sciences, Nocart et Mallereau à l'Académie de Médecine, avaient vanté les qualités de ce corps, inoffensif, comme venaient de le prouver les expériences de Laborde et Quinquaud. Lermoyez, en 1896, en rapporta l'usage des cliniques de rhinologie de Vienne où elle est fort employée, et Gellé, à l'exemple de Lermoyez, conseille l'emploi de l'eau oxygénée en otologie. Lucas-Championnière en fait un usage courant dans son service et a fait, à son sujet, une intéressante communication à l'Académie de Médecine (6 décembre 1898.) L'auteur s'est servi plusieurs fois de l'eau oxygénée en chirurgie générale (curettage d'os atteints d'ostéomyélite, ablations de tumeurs), et il croit pouvoir conclure :

1° Jamais le moindre inconvénient dû à l'emploi de cet antiseptique, ni irritation locale, ni érythème, ni phénomènes toxiques n'ont été observés au cours de sa pratique; 2° son application est presque indolore : elle ne provoque qu'un peu de cuisson très supportable; 3° elle donne lieu à un abondant dégagement gazeux, qui se traduit par une fine mousse sanguinolente recouvrant toute la plaie, ou faisant hernie hors des cavités lorsque la plaie est anfractueuse et profonde; 4° elle donne aux plaies un excellent aspect et semble favoriser les phénomènes de réparation; 5° à part son action antiseptique manifeste, elle est en outre hémostatique et désodorisante.

Nous avons pu personnellement, dans notre pratique journalière, faire fréquemment usage de l'eau oxygénée, soit à la suite de petites opérations chirurgicales, soit dans le pansement de plaies suppurantes (ulcères variqueux, anthrax, etc.) et nos observations pourraient toutes venir à l'appui des conclusions de M. Tissot.

X. — Traitement de la sciatique par l'ichtyol; par Crocq. (*Journ. de Neurol.*, 1899.)

X. — L'ichtyol, produit complexe de distillation d'une roche bitumeuse du Tyrol, est un antiseptique fort usité qui employé à l'intérieur a déjà donné de bons résultats dans le traitement de l'asthme, des névralgies et du rhumatisme. M. Crocq l'a expérimenté avec succès dans les sciatiques rebelles; sur 20 cas il a obtenu 14 guérisons. Il ordonne par jour de 6 à 8 capsules ou pilules contenant chacune 0 gr. 10 d'ichtyol et conseille, en outre, 5 ou 6 frictions en 24 heures avec le liniment suivant :

Ichtyol	50	grammes.
Glycérine	20	—
Eau distillée	30	—

C'est un nouveau traitement à essayer contre la sciatique rebelle qui fait si fréquemment le désespoir du malade et même du praticien.

XI. — Traitement prophylactique de l'avortement par l'acétanilide ; par Harnsberger. (*Journ. of the Amer. Med. Ass.*)

XI. — Le médecin américain Harnsberger conseille de donner 1 gramme d'acétanilide, soit à dose massive, soit fractionné en deux ou quatre doses à une heure d'intervalle dans les cas de métrorrhagies survenant à la suite d'un retard des règles. Ces hémorragies sont le plus souvent de véritables avortements qui passent inaperçus, la grossesse étant trop récente. On peut encore prescrire l'acétanilide seul ou associé au bromure de potassium quand il existe des symptômes faisant prévoir un avortement imminent. Les doses d'acétanilide à prescrire sont de 0 gr. 35 à 0 gr. 45 chez les personnes qui ne sont pas habituées au médicament, elles peuvent être portées à 0 gr. 65 et être renouvelées à des intervalles assez rapprochés sans inconvénients.

XII. — Action de la Phacothérapie dans un cas d'érysipèle de la face et contre deux chancres mous; par C. Kéloiditis. (Soc. imp. de méd. de Constantinople, 1899.)

XII. — La phacothérapie est l'application thérapeutique locale de la lumière solaire dont les rayons sont concentrés au moyen d'une lentille sur le point où l'on veut agir. Ce procédé thérapeutique a été appliqué plusieurs fois avec succès à Constantinople par M. P. Apéry. L'auteur rapporte une observation d'érysipèle de la face où la phacothérapie appliquée d'un seul côté avait donné très rapidement un excellent résultat d'autant plus palpable qu'on pouvait en juger par comparaison avec le côté opposé. Deux chancres mous traités par la même méthode devinrent douloureux après quelques séances de phacothérapie, puis se cicatrisèrent avec de simples pansements à l'eau phéniquée. Malheureusement, l'agent thérapeutique, le soleil, n'est pas toujours disposé à prêter son concours. J. Noir.

CORRESPONDANCE

Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes.

(Bruxelles, 4-8 septembre 1899.)

Bruxelles, 9 septembre 1899.

Monsieur le Rédacteur en chef,

La Conférence internationale relative à la prophylaxie des maladies spécifiques vient de clore ses séances après une laborieuse semaine d'études et de discussions dont quelques-unes ont présenté un sérieux intérêt et elle a été unanime dans l'éloge de son promoteur, M. le Dr Dubois-Havenith, agrégé de l'Université, chef du service dermato-syphiligraphique de la Polyclinique libre de Bruxelles, qui, par son activité, son zèle et son esprit pratique, a mené à bien l'œuvre difficile de cette réunion. Vingt-neuf Etats des deux mondes, les plus grands comme les plus petits, avaient répondu à l'invitation du distingué médecin bruxellois par l'envoi de délégations officielles où figuraient les professeurs les plus éminents des Universités, des médecins hygiénistes, conseillers-rapporteurs près les ministères et les offices d'hygiène publique, des médecins d'armées, des médecins-chefs de bureaux et hôpitaux spéciaux, des magistrats en exercice et des fonctionnaires de la police générale ou municipale. Mais, dans une haute pensée d'impartialité scientifique, le promoteur de la Conférence qui, d'ailleurs, avait trouvé dès la première heure un collaborateur éclairé et dévoué dans la personne de l'honorable M. Béco, secrétaire général du Ministère de l'Agriculture et des Travaux publics, familier lui-même depuis longtemps avec toutes les questions d'hygiène publique, le promoteur de la Conférence, disons-nous, avait clairement jugé que pour que ses travaux prissent une réelle portée, il convenait d'appeler, tant pour rapporter que débattre, les représentants de l'opinion généralement moins accréditée dans les conseils officiels, qui tient que l'organisation administrative actuelle, en d'autres termes la réglementation de la prostitution (médecine préventive et curative et surveillance policière) n'a pas donné — loin de là — au point de vue de la protection de la santé publique, des résultats en rapport avec les sacrifices de tout genre qu'elle exige, soit du droit public, soit de la médecine même. En effet, M. Dubois-Havenith avait officiellement invité le secrétaire général de la *Fédération britannique et continentale abolitionniste*, l'honorable M. Henri Minod (de Genève), qui s'était rendu à la Conférence accompagné de quelques médecins, magistrats et publicistes. A la vérité, nous pouvons l'avouer maintenant, la première pensée des membres ainsi appelés avait été, non pas une pensée de défiance, mais une pensée d'hésitation à la vue de la composition en quelque sorte inévitable de la majorité de la Conférence et de la qualité des membres désignés par les divers gouvernements. N'y avait-il pas lieu de craindre qu'on se heurtât à des partis pris, à des opinions anciennes, à des jugements arrêtés qui se traduiraient par des fins de non recevoir même les arguments contradictoires les plus topiques, même les critiques les plus justifiées, et finalement par des résolutions qui paraîtraient rédigées avant le départ. L'événement a prouvé que cette appréhension n'était pas absolument, disons mieux, n'était pas fondée. Nous ne jurerions pas que plusieurs membres ne fussent peut-être venus avec l'intention d'en finir une bonne fois avec les doctrines et les pratiques d'hygiène publique (en opposition avec l'état de choses existant) formulées en Angleterre, aux Etats-Unis, en Hollande, en Belgique même, appuyées en Italie par le ministre Crispi, et en France par une partie du Conseil municipal de Paris et nombre de maires de province, de les faire solennellement condamner par la Conférence internationale, de restaurer enfin inébranlablement le château-fort très ébranlé de la police des mœurs. Mais cette intention, si elle a réellement existé, ne s'est pas manifestée d'une manière trop intransigeante, et devant la règle fixée par l'organisateur de la Conférence, devant les observations du vénéré président, M. le ministre d'Etat Lejeune, les représentants de la doctrine étatiste de l'Allemagne impériale, de l'autoritarisme ministériel d'Italie, du pouvoir discrétionnaire de notre Préfecture de police parisienne, n'ont pas insisté. L'opinion publique planant en quelque sorte sur les débats et dès la première heure, sans que chacun s'en rendît absolument compte, tout le monde comprit que l'on s'était réuni, non pour se combattre et s'anathématiser, mais pour s'éclairer réciproquement : ce n'était pas en six ou huit séances, fussent-elles de cinq ou six heures de durée chacune, et sans autres enquêtes et préparations que celles qui avaient précédé la Conférence de Bruxelles, qu'une question comme la Réglementation pouvait décemment recevoir entre contradicteurs sa solution décisive et définitive. Si cette large plate-forme n'avait point été admise en quelque sorte unanimement, les membres de la *Fédération abolitionniste* n'auraient plus eu grand'chose à dire ou à faire au sein de la Conférence, et devant une autre attitude que celle qui a été adoptée, il nous semble qu'ils n'eussent eu autre rôle à tenir que l'abstention, et mieux la retraite.

Les questions insérées à l'ordre du jour étaient au nombre de six : leur simple énoncé marque bien les *desiderata*, les hésitations, les doutes, les besoins de réformes qui ont pris place tant dans l'esprit des médecins que dans l'esprit des administrations soucieuses du bien public. Nous les énumérons :

1° Les systèmes de réglementation en vigueur ont-ils eu une influence sur la fréquence et la dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes?

2° L'organisation actuelle de la *surveillance médicale* de la prostitution est-elle susceptible d'amélioration?

3° Si l'on se place à *un point de vue exclusivement médical*, y a-t-il avantage à maintenir les maisons de tolérance ou vaut-il mieux les supprimer?

4° L'organisation de la *surveillance policière* de la prostitution est-elle susceptible d'amélioration?

5° Par quelles *mesures légales* pourrait-on arriver à diminuer le nombre des femmes qui cherchent dans la prostitution leurs moyens d'existence?

6° Abstraction faite de tout ce qui touche à la prostitution, quelles *mesures générales* y aurait-il lieu de prendre pour lutter efficacement contre la propagation de la syphilis et des maladies vénériennes?

Sur toutes ces questions, M. le Dr Dubois-Havenith avait confié trois ou quatre rapports contradictoires à des médecins d'opinions divergentes avec mission de grouper le plus possible

les faits concrets, les documents, les statistiques susceptibles de nourrir et éclairer le débat : l'impartialité de l'honorable organisateur s'était affirmée dès le premier instant que la Conférence avait été théoriquement arrêtée dans son esprit.

Très logiquement M. Dubois-Havenith avait fait précéder les rapports visant plus particulièrement les questions du programme, de quatre rapports généraux sur le danger social de la syphilis et de la blennorrhagie, sur la part qui revient à la prostitution et aux autres modes de dissémination, en dehors de la prostitution, dans la propagation des maladies spécifiques, et il en avait confié la rédaction à MM. les Prs Alfred Fournier, Neisser (de Breslau), Lassar (de Berlin) et à MM. les Drs Le Pileur et Verchère, des services sanitaires de Saint-Lazare. En dehors de ces rapports généraux il avait en outre confié la rédaction d'une trentaine de rapports d'enquête à des médecins et professeurs ou administrateurs qualifiés pour tous les pays civilisés des deux mondes.

Vous le voyez, Monsieur le Rédacteur en chef, il y a là une œuvre considérable, énorme, et il faut remonter à la monographie de notre Parent-Duchatelet pour trouver un si beau groupement de chiffres et de faits documentaires. De ces travaux les uns sont vraiment considérables et resteront comme des modèles d'analyse ou de répertoires à consulter. Vous me permettrez aujourd'hui de ne m'arrêter à aucun d'eux en particulier pour la raison que je vais de suite vous donner.

Je tiendrais pour regrettable d'écourter l'étude de ces documents, de les seulement énumérer sans en faire sortir tout l'enseignement scientifique et sociologique qu'on y doit chercher parce que leurs auteurs se sont appliqués à l'y mettre, et je vous demanderai de me laisser faire au *Progrès Médical* ce que j'ai déjà eu l'honneur d'y faire quand j'y ai étudié les résultats de l'enquête gouvernementale sur la prostitution en Belgique, en Russie, etc. M. le Dr Dubois-Havenith qui a pu en quelques jours imprimer trois énormes volumes in-8° des *Rapports et Enquêtes préliminaires* nous promet pour la fin de septembre les volumes des procès verbaux de la semaine de discussions : il nous sera facile à ce moment de faire une répartition logique et raisonnée des sujets, des questions, des chiffres épars dans tous les rapports et dans tous les discours, de cataloguer, grouper et résumer les arguments, enfin de faire une étude impartiale et mûrie, une paraphrase serrée de l'ensemble de ces travaux.

L'impression immédiate donnée par ces travaux a été qu'il était d'ores et déjà impossible de conclure médicalement et administrativement en faveur du *statu quo*. Tenez pour certain, Monsieur le Rédacteur en chef, que si la police des mœurs n'est pas condamnée d'ores et déjà en principe, elle l'est dans sa forme actuelle, dans sa forme parisienne avec le cortège de ces procédés médicaux et administratifs si souvent et si justement réprouvés. Rien n'affirme mieux ce que nous avançons ici que les conclusions individuelles auxquelles sont arrivés presque sans exception nos distingués confrères du Dispensaire et de Saint-Lazare : les travaux actuels de MM. Commenge, Jullon, Le Pileur, Verchère, Barthélemy, Ozenne et autres contiennent beaucoup de faits d'un haut intérêt dont ces honorables médecins n'ont pas hésité à tirer des déductions grosses de réformes devant lesquelles, hâtons-nous de l'ajouter, ils ne reculent pas. C'est là un résultat très notable.

Bien qu'il faille faire ici l'éloge d'un Français, je vous demanderai, Monsieur le Rédacteur en chef, de me laisser dire très simplement, mais aussi très sincèrement, la part considérable qui a été prise dans les débats de la conférence par le chef de la délégation française, M. le Pr Fournier. Personnellement nous sommes à l'aise pour souligner l'importance du rôle scientifique et ajoutons moral que vient de tenir notre illustre compatriote, puisque, en diverses circonstances, nous n'avons pas hésité à nous séparer de lui et même à affirmer notre contradiction.

La situation était délicate pour le maître de Saint-Louis et nous nous étions un instant demandé si très habilement le gouvernement français ne l'avait pas investi d'une fonction et d'un rôle officiels pour tenter d'atténuer, dans sa parole écoutée, des critiques dont on avait déjà universellement senti l'exactitude, la force et la sévérité. Si cette supposition, qui n'avait d'ailleurs fait que nous effleurer, n'est pas tout à fait inexacte, le petit calcul politique n'a pas réussi et pour quiconque a suivi la carrière et le caractère de M. Fournier, il n'y a pas lieu de s'en étonner. Sans revenir sur ses déclarations et jugements connus, sans non plus se donner pour un partisan de l'abolitionnisme libertaire dans sa forme anglo-saxonne, loin de là, sans renouveler des affirmations superflues, il a su, avec un tact et une élévation qui, nous ne le cachons pas, flattaient notre amour-propre national au milieu de cette assemblée où abondaient des médecins étrangers d'un grand mérite, marquer tout d'abord qu'il était, avec le bureau, de ceux qui voyaient dans les travaux de la Conférence la seule préface d'un livre à écrire : à ses yeux la réunion de septembre était un commencement et non une fin ; il est juste de reconnaître ici la courtoisie déférente avec laquelle les maîtres les plus en renom de l'Europe centrale ou de l'Europe anglaise et russe ont fait accueil à ce doyen de la médecine spécifique. L'attitude de M. Fournier sur ce point capital du but actuel de la Conférence a été décisive et comme entraînante. M. Fournier a parlé ensuite des formes même que doit affecter la médecine spécifique hospitalière vis-à-vis des femmes malades sans que le médecin eût à perquisitionner dans leur privé, avec une noblesse de sentiments s'alliant cependant à un sens pratique d'organisation qui a également touché et convaincu. M. le Pr Lassar (de Berlin) a dit également d'excellentes choses sur le traitement hospitalier des malades spécifiques que lui non plus ne considère pas comme des coupables, du fait même de leur maladie.

Ainsi le sentiment général, presque unanime de la Conférence, s'est trouvé peu à peu orienté vers l'adoption de vues et de mesures communes immédiates d'une utilité sociale ou médicale incontestable, telles que les divers gouvernements, les diverses nations, quelles que fussent les formes de ceux-là et les tempéraments de celles-ci, pussent les agréer et les mettre en œuvre. C'est par là que la Conférence internationale a fait une œuvre vraiment utile, plus utile, croyons-nous, que si, répudiant les bonnes traditions, les bonnes mœurs scientifiques, elle se fût laissée aller à prendre, comme *ab irato*, à la manière d'une assemblée... comment dire?... politique, des conclusions formelles, dogmatiques, et ce par le moyen *du vote !* Comme on l'a dit fort bien de plusieurs coins de la salle du Palais des Académies : « La science se prouve, elle ne se vote pas ! » M. Fournier a singulièrement contribué à aiguiller la Conférence dans cette sage voie.

La Conférence s'est donc tenue à prendre une seule délibération ferme : 1° Elle a arrêté la constitution d'une *Commission internationale permanente* dont le double objet sera d'étudier la question de la protection des femmes et de prendre, pour y obvier, les mesures médicales, morales et légales convenables. Cette commission aura son siège et ses archives à Bruxelles. Elle convoquera des assemblées triennales ou des Congrès, soit à Bruxelles, soit dans telle ville d'Europe jugée favorable à l'étude et au mouvement d'amélioration.

La première réunion triennale aura lieu à Bruxelles en septembre 1902.

Les autres résolutions de la conférence sont des vœux :

2° Elle émet l'avis que les divers gouvernements et les municipalités instituent des enquêtes qui auront pour but de déterminer la densité des maladies spécifiques et leurs taux ordinaire et extraordinaire dans les populations civiles et militaires ;

3° Elle charge sa Commission permanente de fixer ou de faire fixer par une sous-commission composée d'un petit nombre de statisticiens, médecins et économistes, une méthode de statistique uniforme qui permette aux bureaux sanitaires ou mieux force les bureaux sanitaires à parler la même langue statistique et elle désigne comme la meilleure méthode de numération des malades quand il s'agit des femmes prostituées, la méthode de Sperk ou statistique individuelle ; d'ores et déjà toutes les statistiques seront établies sur la base médicale universellement acceptée de la division des maladies spécifiques en syphilis, ulcère mou et blennorrhagie ;

4° Elle demande aux gouvernements de faire dans les études et les examens de médecine une place obligatoire à la vénéréologie (Prs Fournier, Kaposi, Lassar, Neisser, Leisser). M. Fournier voudrait que notre Assistance eût un corps de

médecins spécialistes réparti dans tous les hôpitaux généraux, analogue au corps des médecins accoucheurs dû à l'excellente initiative du Dr Bourneville;

5° Enfin et ce dernier vœu a été suggéré par un fait pathologique positivement général, qui était déjà apparu dans les travaux de Parent-Duchatelet, de Sperk, de Stoukowenkoff et de Nikolsky, fait que les statistiques inédites de M. Fournier lui-même, celles de MM. Commenge, Le Pileur et Barthélemy, celles enfin de l'éminent Dr Jullien, corroborent d'une façon définitive, c'est la nécessité absolue de tout mettre en usage légal et moral pour ne plus compter parmi les prostituées soumises ou insoumises de *jeunes filles mineures*. Il ressort d'une facon irréfutable que la jeune fille se fait syphiliser et syphilise dans des proportions numériques qui défient toute comparaison avec les autres périodes de la vie de la femme : de 16 à 20 ans la jeune fille plus ou moins vulgivaque va par une progression croissante se faisant syphiliser de plus en plus chaque année; à 20 ans, elle atteint le *summum*; de 20 à 25 ans la décroissance est déjà rapide pour aller s'éteignant de plus en plus, alors même que la femme reste encore en grande activité sexuelle, de 25 à 30 et plus. C'est là uu fait considérable sur lequel M. le Pr Fournier a eu grand'raison d'insister. La question des mineures, déjà posée du reste, doit prendre place au premier rang des préoccupations de la moralisation, de l'éducation, et de l'économie publiques.

Finirai-je, Monsieur le Rédacteur en chef, sans vous dire l'accueil cordial que les pouvoirs publics et le corps médical de la Belgique ont fait à la Conférence? Ne pas le mentionner serait d'une inintelligente ingratitude. Quel beau foyer d'intelligence, quel charmant foyer de civilisation que cette belle ville de Bruxelles, la première ville de France... hors France!

Cordialement à vous. Dr L. Fiaux.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique clinique de la fièvre typhoïde; par O. Martin. (1 vol., 176 p., Encyclopédie Léauté.)

L'épidémie actuelle de fièvre typhoïde met à l'ordre du jour l'ouvrage de M. Martin. Ce n'est pas que l'on ne possède point déjà quelques publications sur le même sujet; mais ces différents travaux « sont plutôt une étude générale et complète « de la question, une sorte de revue critique des différents trai- « tements préconisés, qu'un exposé précis de la conduite cli- « nique à tenir, lorsque l'on est en présence d'un typhoïsant ». En effet, en présence des nombreuses médications préconisées, souvent contradictoires les unes des autres, le praticien est souvent embarrassé dans son choix. M. Martin cherche à simplifier la question, à ne donner que les méthodes de traitement à l'abri de toute critique, et enfin à mettre en lumière les applications les plus utiles que l'on peut faire des diverses médications selon l'époque du début du traitement, selon la forme ou la variété de fièvre typhoïde. C'est pour se conformer à ce programme que l'auteur croit devoir conseiller le bain chaud ou tiède plutôt que le bain froid; le bain chaud en effet, tel que le préconisent Bouchard et ses élèves, donne des succès tout aussi brillants que le bain froid, qui contribue « à transformer la fièvre typhoïde en une longue souffrance dont le souvenir ne s'efface pas ».

Si cette conclusion soulève quelques objections de la part des fervents disciples de Brand, que dire de la conception pathogénique de l'auteur sur la fièvre typhoïde? Malgré les récentes découvertes, M. Martin ne se déclare pas absolument convaincu de la spécificité du bacille d'Eberth, et croit même en un avenir prochain où un argument décisif rendra indiscutable l'identification du coli-bacille et du bacille d'Eberth! Partant de ce principe, l'auteur élimine toutes les tentatives récentes de traitement spécifique de la fièvre typhoïde par le sérum d'animaux immunisés. Il est permis de croire qu'un tel ostracisme est un peu exagéré, même en l'absence actuelle d'une méthode sérothérapique complète.

La péritonite tuberculeuse; par G. Maurange. (1 vol., 176 pages, Encyclopedie Léauté.)

Cet ouvrage est divisé en trois parties. Dans la première se trouvent résumées d'une façon complète nos connaissances sur l'anatomie pathologique, la bactériologie et la pathogénie de la péritonite tuberculeuse. Dans la seconde partie, l'auteur aborde la partie clinique de son travail, et en donne un aperçu des plus exacts. Mais la partie du travail la plus importante, et peut-être aussi la plus intéressante parce qu'elle est d'une portée plus pratique, est celle qui s'occupe du traitement. L'auteur démontre, avec statistique à l'appui, que le traitement chirurgical amène toujours une amélioration, si ce n'est pas la guérison; mais il ne doit être appliqué qu'en connaissance de cause, suivant les indications fournies par l'état général, par les troubles fonctionnels et surtout par la forme anatomique de la péritonite. La laparotomie est la méthode de choix; la ponction suivie de lavage, d'injection modificatrice, d'insufflatior d'air stérilisé, ne peut s'appliquer qu'aux formes ascitiques avec un liquide libre dans la cavité, et simplement séreux; de même pour la cœliotomie vaginale. F. Ramond.

VARIA

Congrès médicaux.

(*XIIe Congrès de l'Association française de Chirurgie*, tenu à Paris du 16 au 21 octobre 1899).

Le XIIe Congrès français de Chirurgie s'ouvrira à Paris le 16 octobre à la Faculté de Médecine sous la direction du Pr Poncet (de Lyon). Le bureau de ce Congrès est composé en outre de MM. Just Lucas-Championnière (de Paris), vice-président; Picqué (de Paris), secrétaire général; Guinard (de Paris), secrétaire général adjoint; Broca (de Paris), trésorier; Coudray, Marcel Baudouin, Mauclaire, Reblaud, secrétaires. Deux questions sont mises à l'ordre du jour et donneront lieu à des rapports :

1° *De l'hystérectomie abdominale totale* : M. Ricard, rapporteur. (Séance du lundi 16 octobre à 3 h. du soir). MM. Terrier, Bouilly, Richelot, Schwartz, Régnier, Segond, Quénu, Routier, Bazy, Hartmann, Doyen, Legueu, Faure, Picqué, Mauclaire (de Paris), Gross (de Nancy), Bœckel (de Strasbourg), A. Reverdin (de Genève), Jacobs (de Bruxelles), Forgue (de Montpellier), Delagénière (du Mans), Montprofit (d'Angers), prendront part à la discussion.

2° *Tumeurs des os* : MM. Pollosson et Bérard, rapporteurs. (Séance du vendredi soir à 2 h. 1/2.) MM. Berger, Doyen, Faure, Mauclaire (de Paris), Gross (de Nancy), Kummer (de Genève); Calot (de Berck), Delagénière (du Mans), Jonnesco, (de Bucarest), etc., etc., sont inscrits pour prendre part à la discussion.

La séance du mercredi matin 18 octobre, 9 heures, sera consacrée aux communications sur le crâne, les yeux, l'oreille, la face, les fosses nasales, la bouche, le pharynx, le corps thyroïde; celle du soir, 2 heures, à la poitrine, à la colonne vertébrale, à l'estomac et à l'intestin. — Le vendredi matin 20 octobre, à 9 heures, on traitera du foie, du cæcum, de l'appendice et de la rate. Après le rapport sur les tumeurs des os, la séance du soir sera réservée au péritoine, à la paroi abdominale et aux questions générales. — Le samedi 21 octobre, à 9 heures du matin, les questions à l'ordre du jour auront trait à l'anus, à l'appareil génito-urinaire, à la chirurgie des membres, qui remplira encore l'ordre du jour de la séance du soir avec l'orthopédie et la présentation d'instruments et de malades.

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

La XXVIIIe session de l'Association française pour l'avancement des sciences vient de s'ouvrir à Boulogne-sur-Mer et durera jusqu'au 21 septembre, sous la présidence de M. le Pr Brouardel.

La section des sciences médicales est présidée par le Pr Bouchard.

Premier Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances sur la vie.

Ce Congrès aura lieu à Bruxelles, du 25 au 28 septembre 1899;

il n'y sera traité que des questions d'ordre purement scientifique. Le comité d'initiative française se compose de MM. Brouardel, président; Landouzy, vice-président; Peyrot, Mauriac, Siredey. M. Weill-Mantou, 28, rue de Châteaudun, Paris, est chargé de recevoir les adhésions des congressistes français et de leur fournir tous les renseignements dont ils auraient besoin.

Questions mises à l'ordre du jour : De l'admissibilité des syphilitiques, rapporteur : M. Bayet. — Des névroses traumatiques, rapporteur : M. Crocq. — De l'alcoolisme au point de vue de l'assurance sur la vie, rapporteur : M. de Boeck. — De quelques dermatoses envisagées au point de vue de l'assurance sur la vie, rapporteur : M. Dubois-Havenith. — De l'anthropométrie dans ses rapports avec l'assurance sur la vie, rapporteur : M. Houzé. — De l'admissibilité des glycosuriques, rapporteur : M. Lebœuf. — La radiographie en matière d'assurances, rapporteurs : MM. Maffëi et Hannekart. — Quels sont les neurasthéniques que l'on peut admettre, quels sont ceux qu'il faut refuser? rapporteur : M. Mahillon. — L'hérédité tuberculeuse considérée au point de vue de son influence sur l'assurance-vie, rapporteur : M. Meyer (de Metz). — De l'examen du cœur (assurance-vie), rapporteur : M. Moritz (de Saint-Pétersbourg. — De l'utilité d'un formulaire médical universel (assurance-vie), rapporteur : M. Poëls. — Des statistiques médicales; communications diverses, rapporteurs : MM. Thompson de (Londres); Poëls, etc. — Le secret médical et les Compagnies d'assurances, rapporteur : M. J. van Geuns (d'Amsterdam). — Du diagnostic précoce de la paralysie générale, rapporteur : M. R. Verhoogen. — De la continuité des états morbides à travers la vie; contribution à la symptomatologie des tares, rapporteur : M. Verriest. — De la fraude en matière d'assurances sur la vie, rapporteur : M. Weil-Mantou (de Paris). — De l'admissibilité des albuminuriques, rapporteur : M. Wybauw.

Les questions mises à l'ordre du jour peuvent être l'objet de communications personnelles. — Les auteurs de ces communications ont dû envoyer au secrétaire général, avant le 15 juillet, un résumé de leur travail. Ce résumé a été imprimé et sera distribué aux membres adhérents avant les séances. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs. Les adhérents recevront le compte rendu des travaux du Congrès.

Congrès international d'Électrobiologie et Electrothérapie,
(COME, 1-5 OCTOBRE 1899.)

L'ouverture du Congrès international d'Electrobiologie et Electrothérapie aura lieu, sous la présidence honoraire de MM. Guido Baccelli et Giulio Bizzozero, dans la grande salle du Broletto (Place de la Cathédrale), le 1er octobre à 10 heures du matin, par un discours du Pr Casimir Mondino sur les progrès des applications de l'électricité dans la médecine. Les nombreuses et importantes communications déjà recueillies, ainsi que le grand nombre d'adhésions à la réunion parvenues jusqu'à ce moment à la présidence, assurent au Congrès une excellente réussite. Les Sociétés des Chemins de fer italiens ont accordé aux membres du Congrès munis d'une carte d'identité — qui sera envoyée aussitôt sur demande — les facilités d'usage à prix réduits valables du 17 septembre au 17 octobre. Par suite des accords intervenus avec le Comité exécutif de l'Exposition et les autorités locales, les membres du Congrès, munis de la carte d'identité, jouiront de facilités spéciales. La taxe d'inscription au Congrès (10 francs) donnant droit au Recueil des actes, sera perçue par le Secrétaire général du Congrès, Dr Cosimo Binda (Côme).

La peste à Oporto.

La mission française accréditée auprès du gouvernement portugais par M. Delcassé, ministre des Affaires étrangères, pour y étudier la peste bubonique, se compose de M. le Dr A. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, et de M. le Dr Salimbini, préparateur de M. Roux à l'Institut Pasteur de Paris. Ces messieurs, après enquête, ont communiqué à la presse la note suivante :

« Notre opinion est que l'épidémie subsistera à Oporto quelques mois, peut-être des années, sans augmenter d'intensité. Il est presque impossible de préserver les autres villes européennes de la contamination; mais la peste n'aura, vraisemblablement, aucune tendance à se développer ailleurs que dans les localités où les règles de l'hygiène ne sont pas observées. On devra considérer la peste comme une maladie infectieuse propagée dans certaines conditions de misère et de malpropreté habituelle, de même que la fièvre typhoïde est propagée par les eaux contaminées par des déjections.

« Ainsi que les autres médecins étrangers présents, nous déplorons que les autorités sanitaires de Lisbonne persistent à maintenir un cordon illusoire et dangereux puisque l'accroissement de la misère facilitera la diffusion de la peste. Les sommes considérables dépensées pour l'entretien du cordon de troupes seraient plus utilement employées à Oporto pour organiser des postes de désinfection, la destruction des maisons et des quartiers malsains.

« Cet après-midi, les rues centrales de la ville ont été envahies par une quantité innombrable de très petits moucherons, au corps rouge et aux ailes blanches. »

Le *Figaro*, d'autre part, bien placé pour être renseigné, le Dr Calmette étant le frère du secrétaire de la rédaction de ce journal, donne les renseignements suivants sur l'enquête et les travaux de la mission française :

« La mission française pour l'étude de la peste à Oporto a confirmé l'exactitude du diagnostic établi par le Pr Ricardo Jorge, qui est en même temps directeur du service municipal d'hygiène.

« Le microbe isolé du sang des malades est identique à celui rencontré dans les épidémies de l'Inde. Sa virulence est très grande. Les formes de la maladie sont tantôt la peste à bubons, tantôt la pneumonie pesteuse; cette dernière est presque toujours fatale. On a commencé, depuis huit jours seulement, le traitement des malades graves par le sérum antipesteux fourni par l'Institut Pasteur de Paris.

« La mission française suit avec intérêt les résultats de ce traitement et espère surtout démontrer l'efficacité des vaccinations préventives par le sérum pour empêcher la diffusion de la maladie.

« Malgré l'avis des médecins les plus compétents, les autorités portugaises ont rigoureusement établi un cordon sanitaire autour de Porto. Ce cordon enserre si étroitement la ville que les habitants éprouvent de grandes difficultés à se procurer des vivres. Le commerce est totalement suspendu, les magasins sont fermés. Il est interdit de sortir de Porto et on n'est même pas admis à faire quarantaine; car il n'y a pas encore un seul lazaret terrestre organisé.

« La mission française proteste vigoureusement contre ce cordon; car son avis, ainsi que celui des autorités médicales de Porto, est que, si le cordon sanitaire est maintenu par le gouvernement portugais dans les conditions actuelles, la misère ne tardera pas à provoquer, outre l'excitation des esprits, déjà assez grande, une diffusion rapide de l'épidémie dans toutes les classes de la population.

« Il serait urgent d'aviser, et, conformément aux décisions de la Conférence de Venise en 1897, la mission française estime qu'il serait suffisant d'instituer simplement une visite sanitaire rigoureuse à la sortie, avec désinfection de tous les objets désinfectables, et interdiction d'exporter les substances comme les grains, les peaux, les laines, etc., qui ne peuvent être désinfectées ou qui servent d'abri aux rongeurs ou insectes qui propagent la peste. »

L'administration des postes françaises fait connaître que, par suite du danger de la peste, l'échange des colis postaux avec le Portugal est limité exclusivement à la voie d'Espagne. La voie d'acheminement par mer est supprimée jusqu'à nouvel avis.

Le mariage des morts.

Dans la province de Chan-Si, il y a le mariage des morts. Quand un homme passe de vie à trépas avant d'avoir contracté un mariage, c'est un gros chagrin pour la famille, qui craint une existence pénible pour le défunt dans la vie future. Alors on se met à la recherche d'une morte récente aussi et on l'amène pour procéder à l'union deux cadavres, sans oublier préalablement la cérémonie des fiançailles. Puis on met les

époux inertes dans une même bière et l'on porte ce lit nuptial funéraire dans la campagne, où il reste indéfiniment exposé à l'air. (*L'Echo du Public* du 19 août 1899.)

Un accident et une guérison extraordinaires.

Avoir le crâne traversé, dans ses parties les plus vitales, par une baguette de fusil d'une longueur de 76 centimètres, et réchapper d'une aussi grave blessure, constitue en son genre un record que personne ne serait tenté de battre. Cette aventure bien véridique est arrivée, il y a quelques mois, à un jeune garçon de ferme des environs de Spalding, dans le Lincolnshire, nommé Arthur Doades. Nous en extrayons le très intéressant récit de la revue anglaise *The Wide World Magazine*, dont les informations sont toujours puisées aux meilleures sources.

Le jeune Arthur Doades, âgé de 15 ans, avait reçu de son maître, M. Henry Matthews Proctor, un ancien fusil de chasse se chargeant par la bouche, de la poudre et une certaine quantité de petit plomb pour détruire les oiseaux qui dévastaient ses récoltes. Après avoir tiré en l'air deux ou trois coups, le garçon de ferme refoulait de nouveau la charge dans le canon du fusil, au moyen d'une baguette de fer à bout légèrement aplati du modèle ordinaire, lorsque soudain, on ne sait pas au juste pour quelle cause, une violente explosion se produisit dans le tonnerre de l'arme et la baguette, projetée avec une force extrême hors du canon, vint frapper au front Arthur Doades, traverser sa tête de part en part, en ressortir par le sommet de la boîte cranienne et retomber, à quelques mètres plus loin, dans un champ. La baguette de fusil dont nous parlons avait exactement 76 centimètres de longueur. Son diamètre était d'environ 6 millimètres. La blessure produite était d'autant plus terrible que le bourrelet avait entraîné des esquilles d'os à l'intérieur du crâne, et, à la sortie, une grande quantité de matière cérébrale.

Une simple inspection de la gravure, montrant le trajet accompli par le fer et les deux orifices, permet, mieux qu'une longue description, de comprendre l'extrême gravité du cas traumatique signalé par notre confrère anglais. Détail curieux, la baguette, ayant également traversé la casquette de Doades, l'avait entraînée assez loin dans son vol, particularité dont le jeune *farm-boy* se souvint parfaitement plus tard.

Il ne s'était, d'ailleurs, pas évanoui tout de suite, comme on pourrait le supposer. Malgré la souffrance qu'il éprouvait, sa conscience des choses restait entière, et il se rendit bien compte que deux de ses voisins l'aidèrent à marcher jusqu'à la ferme, soit une distance de 100 mètres.

Quant on l'amena en voiture au Johnson Hospital de Spalding, le pauvre diable était dans un état comateux et l'opinion générale fut qu'il ne survivrait pas une heure à cette double trépanation. Cependant, le Dr Gilbert Lacy Barritt mit en œuvre toute sa science pour sauver le malheureux, et, grâce à ses soins intelligents et dévoués, Arthur Doades, après huit jours de délire, entre la vie et la mort, parut se calmer un peu. On espéra... Il y eut deux ou trois rechutes angoissantes, puis l'état s'améliora : lentement, le *farm-boy* reprit conscience, retrouva la mémoire, l'usage de la parole ; petit à petit, les blessures se refermèrent. Quatre mois plus tard, Doades quittait l'hôpital définitivement, nous dirions volontiers miraculeusement sauvé du plus grave accident qui puisse arriver à un homme. Et non seulement il était guéri, mais encore il avait engraissé de 13 kilos.

C'est au moment de sa sortie de l'hôpital que M. W.-A. Pouthwell (de Spalding) en a pris uno photographie vraiment unique en son genre. Enfin, est-il besoin d'ajouter qu'à la suite de son accident, le jeune Arthur Doades a été examiné par l'élite des chirurgiens anglais qui ont consacré, à ce cas exceptionnel, de nombreux rapports et des études fort savantes. (*La Science française* du 18 août 1899.)

Ecole de Médecine de Besançon. — M. le Dr Baigue, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire pendant la durée du congé accordé à M. Saillard (année scolaire 1899-1900).

NÉCROLOGIE



M. le Dr Jules SIMON,

Médecin honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades,
Médecin consultant des Maisons de la Légion d'honneur,
Officier de la Légion d'honneur.

Le Dr Jules Simon vient de mourir. A la suite d'une atteinte d'influenza, son myocarde avait été sérieusement touché : grâce à sa vigoureuse constitution, grâce à son énergie, il semblait devoir triompher de la maladie. Il a été vaincu. Ce n'est que depuis peu qu'il avait consenti, sur les instances de ses amis, à prendre un repos complet ; ni leurs soins dévoués, ni ceux de son épouse, n'ont pu le soustraire à l'évolution fatale. Ceux qui le pleurent sont nombreux : amis dont l'affection goûtait tout le charme de ses entretiens et sentait le prix de ses conseils, mères reconnaissantes qui, dans ce deuil cruel, partageront les regrets.

Jules Simon avait, nul ne l'ignore, la première situation parmi les médecins d'enfants de notre époque. Bien longue serait l'énumération des qualités auxquelles il la devait. Il en est trois cependant qui me semblent définir surtout sa robuste personnalité : c'était un travailleur, c'était un homme de bon sens, c'était un médecin d'une haute probité.

Grâce à son labeur il obtint ses titres d'interne, puis de médecin des hôpitaux. Travailleur consciencieux et opiniâtre, il apportait fatalement de l'exactitude dans ses occupations, ce qui nous explique en partie déjà l'extension rapide de sa clientèle. Même dans ces derniers temps son activité n'avait pas connu le chagrin des diminutions successives ; il avait continué à prodiguer ses précieux conseils.

Sa perspicacité contribua puissamment à mettre en valeur le capital acquis par son travail en le dirigeant vers la médecine infantile. Une place était à prendre, il n'eut pas de relâche qu'il ne l'eût occupée. Il avait d'ailleurs tout ce qu'il faut pour arriver au but : profondément observateur, il savait analyser un malade ; éminemment consciencieux, il ne bâtissait un diagnostic que sur les bases solides du raisonnement. Ceci n'empêchait pas qu'il jugeât souvent d'un coup d'œil le cas, mais jamais il n'apportait d'affirmation sans avoir au préalable discuté les faits. La psychologie du client lui était en outre admirablement connue. Sa pratique incessante lui avait révélé qu'il est souvent plus difficile de se maintenir près d'un client que d'y entrer. Il savait qu'à peine sorti d'une maison le médecin est apprécié avant tout sur la prescription qu'il y laisse. Aussi ne négligeait-il aucun détail, dût-

on l'accuser de minutie. Il était passé maître dans l'art de formuler ou d'administrer un médicament. Comme je l'ai dit ailleurs à son sujet, il nous enseignait qu'en médecine la façon de donner vaut quelquefois mieux que ce que l'on donne. On lui a reproché cette façon d'agir. Qui cela ? ce ne sont pas les médecins qui ont réussi ou qui veulent réussir ! Seuls les vaincus du combat médical, ratés misérables ou jaloux aigris, peuvent reprocher à quelqu'un la renommée solide que justifie et légitime l'habileté professionnelle.

Ses nombreuses occupations ne l'empêchèrent pas de faire profiter les élèves de son savoir et de son expérience. Laissant de côté ses nombreux articles dans différents journaux, et ses deux volumes sur les maladies des enfants, je veux insister sur cet enseignement qu'il donna pendant dix-huit ans à l'hôpital des Enfants-Malades. Qu'il parlât au lit des malades ou à l'amphithéâtre, l'assistance était toujours nombreuse. Jules Simon avait compris, que de temps en temps l'étudiant aime à s'affranchir de cet enseignement officiel qui cherche surtout à être nouveau ; qu'à côté de la leçon magistrale il y a l'éducation essentiellement pratique, la plus utile à celui qui va aller, perdu dans la province, accomplir sa tâche difficile. Aussi les auditeurs recherchaient-ils cet enseignement qui leur était largement donné dans ces causeries si intéressantes malgré une apparente simplicité.

Jules Simon adorait enseigner, et avouons-le pour être véridique, c'est uniquement sur ce point qu'il manifestait quelque vanité. Il aimait l'affluence des élèves à son cours : il a toujours dû être satisfait. Après avoir pris sa retraite, sa franchise habituelle le reconnaissait ainsi : « Ce qui me manque, je vous le confie tout bas, c'est mon auditoire toujours nombreux, je puis le dire, composé de médecins jeunes ou âgés, français et étrangers, qui par leur présence et leurs encouragements nourris, venaient m'assurer de l'utilité de ma méthode, de mon jugement. »

Jules Simon ne restait pas indifférent aux progrès de la science et le jour où M. Roux vint s'asseoir près de lui au banquet offert par ses amis et ses élèves, il apportait l'hommage de l'Institut Pastour au médecin des hôpitaux qui avait le premier compris l'importance de ses expériences sur la diphtérie, en ouvrant ses salles à l'application médicale des découvertes du laboratoire.

Avec ces titres, Jules Simon n'a pas recherché les honneurs auxquels il aurait pu prétendre ; les dignités académiques ne le tentaient pas et elles lui eussent, sans aucun doute, été accordées. C'était un modeste, mais c'était aussi un travailleur qui n'avait pas le loisir d'intriguer, c'était surtout un sage qui méprisait le vain appareil, auquel on renonce lorsqu'on a le bon sens d'en mesurer la petitesse.

A ne considérer que les qualités précédentes on ne peut s'étonner de la situation qu'il avait acquise comme médecin consultant. Les confrères qui avaient recours à lui appréciaient en outre sa haute probité. Un médecin embarrassé savait qu'il trouverait toujours un conseil donné avec simplicité : il savait rencontrer dans le médecin consultant un appui près de la famille inquiète et non un remplaçant éventuel. A notre époque de lutte pour la vie et d'indélicatesses navrantes, cet exemple doit être médité par beaucoup.

Je ferais une omission coupable, si avant de terminer je ne disais ce qu'était ce maître regretté dans l'intimité. Ceux qui le connurent attesteront comme moi son obligeance, son affabilité, la bonhomie de sa conversation, sa gaieté toujours en éveil et nullement assombrie par l'âge. Avec quelle franche cordialité il accueillait ses amis et ses élèves dans cette propriété de Conflans qu'il avait créée, qu'il embellissait chaque année ! Quelques jours avant sa mort, il me faisait part de nouveaux projets d'aménagement, car c'est là qu'il voulait terminer sa vie ; il n'en croyait pas la fin si prochaine ! Malgré tout il l'a vue venir stoïquement. J'avais la triste tâche d'assister à ses derniers moments et lorsqu'une lueur de connaissance éclairait sa longue agonie, c'était pour me remercier de ma présence et pour constater avec calme sur son propre organisme les progrès de la maladie qu'il avait si souvent épiée dans la douleur des autres.

En résumé, Jules Simon est un de ces hommes qui ont fait honneur à la profession médicale et dont il est bon de rappeler l'exemple.

Pour beaucoup, c'était en même temps un maître et un ami et ayant personnellement ressenti les effets de sa bienveillance, je suis heureux de lui rendre ici un suprême et légitime hommage.

Georges Paul-Boncour.

FORMULES

XXIII. — Emploi du tannoforme.

Le tannoforme est un produit de condensation de l'acide gallique et de formaldéhyde. Il a été employé avec succès dans une foule d'affections diverses.

Contre l'ozène :

Tannoforme en poudre	1 partie.
Poudre de talc.	2 —

(Fasano.)

Contre les affections génitales de la femme :

Tannoforme.	5 grammes.
Paraffine blanche solide.	10 —
Paraffine liquide.	90 —

(Frank.)

Contre l'eczéma de la face :

Tannoforme.	5 grammes.
Onguent à la résorcine	50 —

(Landau.)

ou :

Tannoforme	3 grammes.
Vaseline blanche solide.	10 —
Lanoline	20 —

(Ullmann.) (D'après les *Nouv. Remèdes.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 27 août au samedi 2 sept 1899, les naissances ont été au nombre de 1126, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 418, illégitimes, 162. Total, 580. — *Sexe féminin* : légitimes, 400, illégitimes, 146. Total, 546.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 27 août au samedi 2 sept. 1899, les décès ont été au nombre de 919, savoir : 486 hommes et 433 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 8. T. 20. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.—Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 9, F. 10. T. 19.—Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie. Croup : M. 1. F. 4, T. 5. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 120, F. 83, T. 203. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 11, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 7, T. 16. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2 — Tumeurs malignes : M. 15, F. 29, T. 44. —Méningite simple : M. 14, F. 9, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 24, F. 13, T. 37. — Paralysie, M. 5, F. 12, T. 17. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 3, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 16, F. 29, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 1, T. 4.— Bronchite chronique : M. 13, F. 11, T. 24. — Broncho-pneumonie : M. 13, F. 11, T. 24. — Pneumonie : M. 17, F. 11, T. 28.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M 8, F. 10, T. 18. — Gastro-entérite, biberon : M. 50, F. 38. T. 88.— Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 2, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 8, F. 6, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 7, F. 4, T. 11. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 1, F. 3, T. 4. — Débilité congénitale, M. 14, F. 7, T. 21. — Sénilité : M. 9, F. 29, T. 38. — Suicides : M. 7, F. 1, T. 8. — Autres morts violentes : M. 19, F. 8, T. 27. — Autres causes de mort : M. 70, F. 62, T. 132. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 2, T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 68, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 11. Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 8. Total : 33.

Ecole de Médecine d'Alger. — M. Grimal est nommé professeur suppléant de physique et de chimie.

Ecole de Médecine de Limoges. — M. Garraud est nommé professeur suppléant de pharmacie et matière médicale.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Bonnel est nommé professeur suppléant d'histoire naturelle.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr Chapplain, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire. M. le Dr Cousin, professeur à la Faculté de Lille, est nommé professeur de pathologie externe.

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — MM. les Drs Delacour, professeur de clinique interne, et Aubrée, professeur de clinique externe, et M. Macé, professeur de pharmacie, sont mis à la retraite et nommés professeurs honoraires. — M. le Dr Perrin de La Touche, professeur d'histologie, est nommé directeur de l'Ecole en remplacement de M. Delacour, nommé directeur honoraire. — Des *concours* s'ouvriront, le 30 janvier 1900, devant la Faculté de Médecine de Paris, pour les emplois de suppléants des chaires de pathologie et clinique médicales et de pathologie et clinique obstétricales à l'Ecole de Médecine de Rennes.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. le Dr Zipfel est nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie et de Physiologie à l'Ecole de Médecine de Dijon.

ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Voici la liste des candidats admis à la suite du concours de 1899 : 1 Barège, 2 Plisson, 3 Salzes, 4 Pascalin, 5 Dupont, 6 Trenel, 7 Gèzes, 8 Botte, 9 Chevraut, 10 Bodin, 11 Vignon, 12 Yvernault, 13 Polliot, 14 Lemoine, 15 Ducourthial, 16 Gras, 17 Périé, 18 Reverchon, 19 Marchette, 20 Ribaut, 21 Hemery, 22 Séverac, 23 Guiot, 24 Dumoulin, 25 Gédiaux, 26 Coze, 27 Grognard, 28 Vermullen, 29 Driancourt, 30 Lhomme, 31 Peloquin, 32 Doche, 33 Troude, 34 Capon, 35 Royère, 36 Dreyfuss, 37 Gaisset, 38 Merson, 39 Sauleret, 40 Duc, 41 Mioncec, 42 Henry, 43 Croissard, 44 Duval, 45 Armbruster, 46 Frizac, 47 Durand, 48 Bergé, 49 Sciaux, 50 Vigneau, 51 Martin, 52 Sibille, 53 Assailly, 54 Vielle, 55 Lafoscade, 56 Gilet, 57 Campana, 58 Lère, 59 Enjalbert, 60 Chambelland, 61 Firsche, 62 Aubert, 63 Paud, 64 Bathias, 65 Leclerche, 66 Guth, 67 Barbet, 68 Sébin, 69 Linx-Labarrère, 70 Pouponneau, 71 Pontrin, 72 Heuls, 73 Etienne, 74 Dorland, 75 Winkler, 76 Ragot, 77 Gallouin, 78 Dubois, 79 Bouclier, 80 Gobinot.

SUICIDES DANS LES HÔPITAUX. — Un septuagénaire, le nommé Joseph Herbin, pensionnaire de l'hôpital de Rethel, lisons-nous dans le *Petit Parisien* du 6 septembre, s'est pendu dans les cabinets de cet établissement; le suicide de ce malheureux aurait été causé par une maladie incurable dont il souffrait depuis longtemps. Ce fait montre la nécessité d'une surveillance constante dans les salles de malades, surveillance qui doit porter sur toutes les dépendances des salles et, en particulier, sur les cabinets d'aisances. Il s'agit d'un hôpital confié à des religieuses, ceci dit pour servir à l'occasion.

EMPOISONNÉS. — Deux employés de chemin de fer de la gare frontière de Lamorteau, sur la ligne de Montmédy à Virton, ayant voulu goûter à un liquide contenu dans un tonnelet qu'ils supposaient contenir de l'eau-de-vie, sont tombés foudroyés. Ils avaient absorbé de l'acide prussique.

LA FIÈVRE JAUNE AUX ETATS-UNIS. — La fièvre jaune fait des progrès dans le Sud. Un cas a été constaté à Jackson City (Mississipi) et plusieurs autres à Tampa. 23 nouveaux cas se sont produits à Key-West, ce qui porte le total à 117 cas et 2 décès. (*Le Journal.*)

INAUGURATION. — La ville d'Epernay vient d'inaugurer solennellement un monument élevé par souscription publique en souvenir de M. Auban-Moët, le bienfaiteur de cette ville. Ce monument, œuvre du sculpteur Barrias, de l'Institut, a été érigé dans la cour d'honneur de l'hôpital Auban-Moët. Une stèle posée sur un large socle supporte le buste de M. Auban-Moët. Sur un banc, au pied de la stèle, la Souffrance, personnifiée par une jeune fille défaillante, implore la compassion du généreux donateur. Tout le monument est en marbre blanc. Au-dessous du buste, on lit l'inscription suivante : « A Auban-Moët Romont, fondateur de l'hospice d'Epernay, la Ville reconnaissante, 1899. (*Petit Parisien,* 11 août.)

NÉCROLOGIE. — *Médecins victimes d'une épidémie.* — Les journaux d'Amiens nous apprennent que la fièvre typhoïde, qui règne dans cette ville à l'état épidémique, a fait deux victimes dans le corps médical : le Dr BRUCANT, mort il y a un mois, et le Dr FLEURY DE LA VALLÉE, qui est mort à l'âge de trente-huit ans, le 7 septembre 1899.

Accident de montagnes. — D'autre part, on nous annonce de Chamonix que M. CAURO, docteur ès sciences, attaché au laboratoire du physicien Lippmann, a fait une chute dans la montagne de la Côte et est mort sur le coup. Les guides et son ami, M. le Pr Lespieau, qui l'accompagnaient, se demandent s'il a été pris d'un éblouissement ou si son pied a glissé, car le point de la route où l'accident est arrivé est très praticable. M. Cauro entreprenait dans les Alpes l'étude d'une importante question de télégraphie.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 38. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 23 SEPTEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Contribution à l'étude des relations de la confusion mentale avec les maladies infectieuses.

Scarlatine. Otite moyenne suppurée et confusion mentale. Guérison.

Par MM. STANCULEANU et BAUP.

Les liens qui relient les maladies du système nerveux à la pathologie des infections et des intoxications se resserrent chaque jour et l'on peut prévoir le moment où pour bien des affections nerveuses l'origine toxi-microbienne pourra être établie dans toutes ses étapes.

Il en a été ainsi pour l'étude des lésions des tubes nerveux ; il a été prouvé que ces lésions étaient en majorité dues à l'action des sécrétions microbiennes ou des substances toxiques sur les nerfs; les névrites toxi-infectieuses sont aujourd'hui indiscutées. On connaît de même les myélites toxi-infectieuses; enfin surtout très récemment on s'est préoccupé du trouble produit dans la cellule cérébrale par les maladies infectieuses au moyen des toxines microbiennes. L'observation qui suit — avec les quelques réflexions qu'elle nous a suggérées — nous paraît pouvoir contribuer à augmenter le nombre des cas favorables à cette théorie.

OBSERVATION. — N..., René, âgé de 27 ans, garçon boucher, entre le 15 juin dans le service de M. Brissaud.

Comme antécédents héréditaires on note que le père est mort à 60 ans de paralysie ; du côté maternel des tares nerveuses très chargés

Dans l'enfance il faut noter qu'il aurait eu un abcès dans l'oreille droite; mais guérison rapide, sans aucune conséquence. Reconnaît être éthylique : boit du vin et des essences ; depuis longtemps il a des cauchemars dans lequels voit des bêtes, tombe dans des précipices; lourdeurs de tête persistantes Quelques jours avant l'affection actuelle s'est senti particulièrement fatigué, les cauchemars augmentaient ainsi que la lourdeur de tete, en outre présentait des étourdissements.

Une nuit les phénomènes d'excitation redoublent, le malade veut se jeter par la fenêtre. Cette période d'excitation persiste jusqu'au lendemain quand l'on amene le malade dans le service de M. Brissaud ; la reste quelques jours dans un état de profonde torpeur; mais néanmoins sort de l'hôpital et essaie de reprendre le travail. Pendant les quelques jours qu'il a passés à l'hôpital on a remarqué sur tout le corps une rougeur diffuse présentant les caractère de la scarlatine, mais on n'y a pas attaché d'abord une grande importance. Dehors le malade ne peut pas travailler; est obligé de rentrer de nouveau dans le service de M. Brissaud le 5 juillet.

A ce moment on note : état comateux, facies congestionné, ne répondant pas aux questions.

Exécute les mouvements qu'on lui indique, mais il faut provoquer ses actes, sinon la passivité est la dominante de son état actuel. Quand on essaye de le faire répondre il fait de vain efforts et cherche ses mots. Ne reconnaît pas les gens qui l'entourent et qu'il a l'habitude de voir ; parait constamment dans le rêve. Par instant quelques impulsions incohérentes, mais sans violence. Le malade va sous lui, ne boit que quand on lui présente le verre. Parait étranger a tout ce qui l'entoure. Attitude pseudo-cataleptoïde. Ce qui domine dans son état somme toute c'est la torpeur, la passivité, la difficulte à chercher ses mots. On remarque à ce moment une abondante desquamation sur tout le corps, ce qui rapproché de la rougeur antérieure confirme le diagnostic de scarlatine probable; le malade présente aussi pendant plusieurs jours de l'albumine dans les urines. — Le 6 juillet apres une injection de sérum, la malad paraît un peu mieux; mais répond avec une très grande difficulté. Le 11 juillet l'albumine a disparu. Le malade se plaint depuis quelques jours de douleurs vives dans l'oreille ; un peu de pus dans le conduit. Cette nuit a eu deux epistaxis. Le jour même le malade est envoyé pour consulter dans le service de M. Lermoyez.

Le malade est amené sur un brancard, étant incapable de marcher, quoiqu'il n'ait pas de paralysie de ses membres. L'état de torpeur est toujours accentué; répond avec difficulté aux questions qu'on lui pose et ses réponses ne correspondent pas aux questions adressees. L'examen de l'oreille donne une surdité nette de l'oreille droite mais les épreuves de l'ouïe ne peuvent être faites à ce moment. Le malade porte la main à son oreille indiquant qu'il souffre. — L'examen objectif trouve dans le conduit du pus épais, fétide. Le tympan est rouge, bombé et l'on y trouve une perforation insuffisante. Paracentèse très large, lavages et glycérine phéniquée.

Quelques jours apres le malade revient dans le service toujours sur le brancard; mais il est moins somnolent, répond beaucoup mieux aux questions. L'amelioration a du reste frappe tout le monde dans le service de M. Brissaud. Beaucoup de pus dans le conduit, mais perforation suffisante, tympan moins bombe. Le malade revient ainsi amené sur le brancard trois ou quatre fois à quelques jours d'intervalle.

Après il vient tout seul sans être transporté. Son état mental s'est grandement amélioré, il ne va plus sous lui, a

conscience de ses actes et répond plus facilement et plus exactement aux questions qu'on lui pose. Dans l'oreille la sécrétion a diminué, le tympan paraît moins rouge et présente une petite perforation antéro-inférieure. Alcool boriqué dans l'oreille. L'amélioration des phénomènes mentaux marche de pair avec les phénomènes auriculaires. Recommence son travail de garçon boucher à la fin d'août. Le 9 septembre on revoit le malade : il parle sans difficulté, sans chercher ses mots ; mais ne se souvient pas de tous les faits passés. L'examen de l'oreille droite montre un tympan normal, sauf un peu de rougeur du manche du marteau.

L'audition, à ce moment, est la suivante : la montre est entendue à droite à 30 centimètres et à gauche à 40 centimètres ; le Weber est égal des deux côtés, le Rinne est positif des deux côtés ; par conséquent, transmission osseuse parfaite, donc rien de labyrinthique.

Ce qu'il y a de plus caractéristique dans cette observation c'est l'évolution d'une confusion mentale typique avec quelques phénomènes délirants ayant évolué d'une façon exactement parallèle avec une otite moyenne aiguë et ayant guéri, alors que les phénomènes auriculaires ont eux-mêmes cédé. Il nous faut tout d'abord dégager la part de responsabilité qui appartient aux différentes infections dont le sujet a été la proie. Tout d'abord, ce qui frappe, c'est l'hérédité chargée du sujet du côté maternel : plusieurs cas d'aliénation mentale qui, évidemment, ont créé une prédisposition fâcheuse. Un deuxième point de l'histoire du sujet est son éthylisme avoué, l'intoxication résultant de l'absorption d'alcool et d'essences, et ayant une grande part dans les rêves délirants du malade et dans les phénomènes d'excitation. L'albuminurie est également intervenue et a pu contribuer à l'intoxication de l'organisme et du système nerveux.

Reste la question la plus importante à agiter : ce malade a eu la scarlatine, fruste il est vrai ; mais en s'appuyant sur des symptômes assez probables comme : légère éruption scarlatiniforme, suivie de desquamation abondante et d'une albuminurie ayant persisté quelque temps. Avec l'apparition de la scarlatine ont coïncidé les phénomènes cérébraux les plus violents, mais tandis que la scarlatine et l'albuminurie ont disparu même entièrement ; l'état mental a persisté sans grandes modifications et alors on s'aperçoit que le malade a une otite moyenne purulente, que l'on s'empresse de soigner.

A partir de ce moment, les phénomènes cérébraux ont suivi exactement l'évolution de l'otite, s'apaisant lorsque le tympan, largement ouvert, a permis un libre écoulement au pus et s'atténuant petit à petit en même temps que l'oreille moyenne suppurée séchait. Que l'otite moyenne suppurée ait été elle-même secondaire à la scarlatine, cela est probable : l'otite moyenne suppurée quoique pas très fréquente dans la scarlatine, se voit encore assez souvent. Mais ce que nous retiendrons surtout, c'est cette évolution parallèle des phénomènes cérébraux et auriculaires.

Nous devons de ces faits tirer une déduction, ou plutôt chercher à les expliquer.

Dans des articles récents, M. Ballet et ses élèves se sont occupés spécialement du délire et de certaines psychoses transitoires dans les maladies aiguës et le cas que nous citons nous paraît être du même genre : confusion mentale, scarlatine, avec otite moyenne aiguë.

Dans ces travaux, nous trouvons signalée l'opinion d'un grand nombre d'auteurs cherchant à expliquer la pathogénie de ces psychoses. Nous n'y insisterons pas et nous ne retiendrons, pour chercher à expliquer le mécanisme de la confusion mentale dans notre cas, que deux ordres de faits :

1° L'inflammation de l'oreille moyenne par suite de son voisinage avec l'encéphale et ses enveloppes a pu retentir directement sur la fonction cérébrale : soit par la production d'un œdème autour de la zone purulente représentée par l'oreille moyenne, soit en provoquant des troubles dans la circulation cérébrale dont nous connaissons les relations intimes avec la circulation de l'oreille moyenne. Mais l'otite moyenne suppurée est une affection fréquente, et bien que les accidents cérébraux consécutifs soient communs, nous ne connaissons pas d'autre cas observé de confusion mentale coïncidant avec une otite. Il faut cependant se souvenir dans notre cas de l'hérédité particulièrement chargée du sujet qui a pu réagir dans le sens de la psychose à la suite d'une provocation telle qu'une otite suppurée.

2° Mais nous nous rangeons plus volontiers à l'opinion indiquée par Ballet (1), Pierret et Faure (2), et nous ne serions pas éloignés de penser que c'est plutôt l'action de toxines microbiennes agissant directement sur la cellule cérébrale qui a créé cet état de confusion mentale chez notre sujet, lequel, à l'occasion d'une scarlatine, a fait une otite suppurée. La résorption de toxines est très facile au niveau de la caisse du tympan, elle a diminué après la paracentèse qui a permis au pus un libre écoulement au dehors.

Notons enfin que d'autres causes d'intoxication multiple chez ce malade ont pu s'ajouter à l'infection partie de l'oreille ; l'albuminurie, et surtout l'éthylisme avéré, le tout chez un sujet dont les antécédents nerveux étaient hors de doute.

CHIRURGIE

Un nouveau modèle de pinces à griffes ;

par le Dr L. LONGUET, ancien interne des hôpitaux.

La pince que je représente ici a été construite par M. Collin d'après mes indications. Voici pourquoi et comment j'ai été amené à chercher dans cette direction. Lorsqu'au cours de l'hystérectomie abdominale, nous voulions prendre et fixer le moignon du col (supravaginale basse) ou la tranche du vagin (abdominale totale) ; nous nous servions comme tout le monde des pinces de Kocher. En effet, les grandes pinces à abaissement de Richelot, si précieuses pour tirer de loin par la voie vaginale, ne doivent être employées qu'à titre exceptionnel par la voie abdominale. Segond l'a dit excellemment : l'idéal de l'hystérectomie abdominale est de conduire l'opération comme pour une tumeur quelconque, sans instruments spéciaux. Le temps est passé de ces engins énormes, et de ces clamps de grande dimension. Ils témoignent d'une remarquable peur du sang : ils encombrent tout le champ opératoire ; ils nous conduisent enfin, à la confection de grossiers moignons. La faveur désormais ne doit plus appartenir qu'aux pinces courantes, c'est-à-dire non spéciales ; aux pinces petites et non encombrantes dérivées ou non des pinces à forcipressure. *Il faut pincer fin comme il faut suturer fin.*

La pince connue à tort dans les hôpitaux de Paris sous le nom de pince de Kocher est l'un de ces instruments les plus usités et dont l'utilité est incontestable. Or chacun a fait comme nous cette remarque que la susdite pince est remarquablement défectueuse. J'ajoute d'ailleurs que Kocher lui-

(1) Gilbert Ballet. — *Presse médicale*, n° 98, 30 novembre 1898.
(2) Maurice Faure et G. Desvaux. — *Médecine moderne*, 16 août 1899.

même (d'après une communication orale de mon ami Henri Collin) frappé de ces inconvénients se garde bien, paraît-il, de réclamer la paternité d'un instrument dont on veut, malgré lui, lui attribuer la découverte. Lorsque la pince dite de Kocher est utilisée pour érigner, et c'est là en somme son principal but, elle n'érigne en réalité rien du tout, et ses branches ne manquent pas de chevaucher si l'instrument n'est plus absolument neuf. Au cas plutôt exceptionnel où elle atteint son but, elle érigne mal, et il suffit d'une minime traction pour que la pince reste dans la main. Telle est la règle; l'unique griffe, le chevauchement presque obligatoire des mors, la longueur trop grande de ceux-ci, et la répartition de la force sur toute l'étendue de ces mors, rend suffisamment compte de cet insuccès constant.

ligament large avec la pince à pression élastique de Doyen pour l'hystérectomie vaginale, défectueuse pour hémostase définitive, mais qui serait bonne pour hémostase temporaire. L'on s'étonnera peut-être que ma pince destinée à clamper ne présente à la face interne de ses mors, aucune cannelure (*fig.* 4). Cette disposition striée je l'ai rejetée résolument, elle rappelle le régime des clamps; j'ai constaté qu'elle est inutile pour forcipressure temporaire; que par contre elle ne sert qu'à favoriser la rouille de l'instrument. Douce et régulière, la pression élastique suffit à bien pincer sans qu'il soit besoin d'imiter la disposition des « dents de crocodile » ou de quelque autre animal.

Dès ses premières applications, la nouvelle pince que je présente m'a donné toute satisfaction. Mais comme il faut

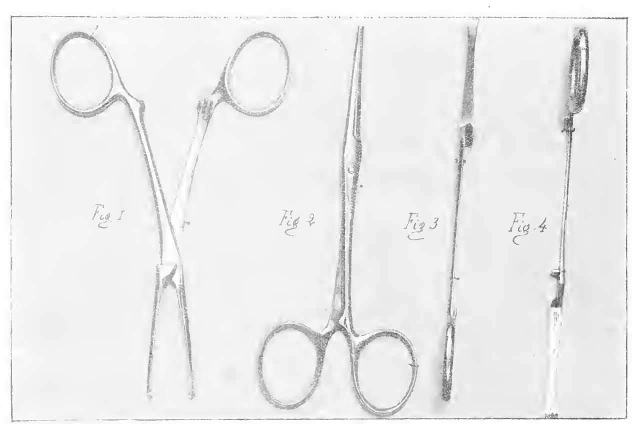


Fig. 11

Ma pince est une petite pince de même longueur qu'une hémostatique ordinaire. Elle est à un double but, l'un principal est d'*érigner*: l'autre accessoire est de *clamper* latéralement. C'est ce que l'on tente d'ailleurs de faire avec la pince dite de Kocher. Et ce double but indique déjà qu'il ne s'agit pas d'un instrument spécial.

A. — Pour *érigner* cette pince répond toujours à ce qu'on en attend. Elle est, en effet, quadridentée (*fig.* 3), en sorte que si l'instrument n'est plus neuf et vient à chevaucher, il ne manque pas cependant son effet, les griffes finissant toujours par s'engréner. D'autre part j'ai cherché à concentrer le maximum d'action à l'extrémité même de la pince, là où elle doit pincer. A cet effet, les mors sont légèrement arqués (*fig.* 4), et à pression élastique. Il en résulte que l'instrument travaille surtout de son extrême pointe et non de la commissure et de toute la longueur de ses mors, comme cela se passe avec la pince de Kocher.

B. — Pour *clamper* latéralement, il suffit de fermer la pince au dernier cran. Grâce à la disposition élastique et arquée des mors de cet instrument, l'on saisit très bien les petits moignons, par exemple, l'étage supérieur des ligaments larges; la courbure des mors disparaît et répartit partout la pression même jusqu'au voisinage de la commissure, comme cela a lieu lorsqu'on pince la totalité du

toujours se méfier des satisfactions d'inventeurs, j'ai pris soin de la faire expérimenter par d'autres. Mon maître Quénu l'a trouvée très bonne, et aime à s'en servir. Il suffit, par exemple, de planter deux de ces pinces l'une en avant, l'autre en arrière, sur le moignon cervical ou sur la bordure vaginale dans l'abdominale subtotale ou totale, pour tenir et manœuvrer parfaitement ce pédicule, mieux qu'avec vingt pinces de Kocher réunies. Autre exemple: fixées au centre du moignon cervical que l'on se propose d'évider dans la supravaginale basse, deux de ces pinces constituent un excellent pivot autour duquel le bistouri peut exciser brillamment un large cône de tissu utérin, dans l'évidement du col; même utilité pour la confection de la paroi postérieure dans la cure radicale des hernies par le procédé de Bassini, etc., etc. J'ai, en outre, fait construire une de ces pinces sur un modèle plus long, mais celles-ci sont d'usage exceptionnel; cet autre instrument tient le milieu comme volume et comme dimension entre ma petite pince et la grande pince à abaissement de Richelot.

En résumé, je crois très sincèrement que ce nouveau modèle de pince à griffes rendra aux autres, comme il l'a fait pour nous, de précieux services, non seulement en chirurgie abdominale mais pour toute la chirurgie cou-

rante et générale. Cette pince est incontestablement meilleure que la pince dite à Paris pince de Kocher; et par contre elle n'a de cette dernière aucun inconvénient.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Écoles de santé.

Dans notre dernier Bulletin, nous faisions remarquer, à propos de l'inauguration du sanatorium d'Hendaye, que le seul moyen prophylactique sérieux contre les progrès incessants de la tuberculose à Paris était de soustraire à la contagion inévitable les jeunes enfants malingres et souffreteux et nous proposions le placement familial dans certaines régions de choix où les petits Parisiens vivraient chez les habitants, de la vie de famille, tout en étant soumis à la surveillance et à la tutelle de directeurs d'école choisis parmi les plus intelligents et les plus dévoués, qui veilleraient encore à leur éducation et à leur instruction primaire. Ce serait un moyen de réaliser, avec le minimum de frais, les Ecoles de santé, proposées dès 1892 par M. Blondel, représentant du quartier des Arts-et-Métiers au Conseil municipal.

Dans cette proposition, M. Blondel, après avoir constaté les excellents résultats obtenus par les colonies scolaires, disait :

« A quels heureux résultats n'arriverait-on pas si, au lieu d'offrir aux enfants malingres et pauvres, une hospitalité passagère à la campagne, on leur permettait de faire un séjour assez prolongé pour réparer leur santé débile et prendre les forces indispensables pour lutter contre les mauvaises conditions de la vie qui sont, à Paris, le lot des déshérités et des faibles. C'est à cette œuvre que je prends la liberté de convier le Conseil municipal, en lui proposant la création d'écoles de santé. Mais il ne suffit pas de montrer de la bonne volonté en faveur d'une aussi vaste entreprise, il faut encore être prudent et ménager l'argent des contribuables. La création immédiate d'établissements appartenant à la Ville de Paris, coûterait des sommes importantes, que nos ressources budgétaires ne nous permettraient peut-être pas de trouver. Le personnel qui serait mis à la tête des écoles de santé serait aisé à trouver. Il existe, dans le corps enseignant de la Ville de Paris, de nombreux fonctionnaires qui, par suite de la fatigue prématurée que procure l'exercice de la profession d'instituteur, ne demanderaient pas mieux que d'aller en province achever leur pénible carrière; les instituteurs mariés à des institutrices sont en assez grand nombre pour qu'on puisse recruter, sans peine, les directeurs dont on aurait besoin. »

M. Blondel ne se borne plus à la simple proposition que nous venons de citer. En se retirant de la vie publique, il veut qu'on fasse l'expérience de l'*Ecole de santé* et pensant, avec juste raison, que le bon exemple est souvent contagieux, il offre à la Ville de Paris sa propriété des Perriers, près Nogent-le-Rotrou, pour y réaliser son projet philanthropique. Voici la description qu'il donne lui-même de cet établissement et les désirs qu'il exprime au sujet de la destination de son legs généreux :

« L'étendue est de six hectares, trois sont occupés par un bois ou parc planté d'un millier de sapins, le reste se compose de champs en herbes et de jardins qui contiennent des arbres d'essences résineuses et deux puits avec pompes. Outre la maison du jardinier, qui se trouve à l'entrée de la propriété, il existe plusieurs corps de bâtiment comprenant fruitiers, celliers, greniers, fours, remises, écuries avec sellerie. Quant à la maison d'habitation, elle contient au rez-de-chaussée un salon, une petite chambre, un vestibule, une salle à manger, une cuisine, une laverie, un office, des lieux d'aisances à l'anglaise et une laiterie. Au premier étage se trouve une terrasse avec vue magnifique sur la campagne, trois chambres à coucher avec cabinets de toilette, salle de bains, une chambre dans laquelle se trouve un réservoir d'eau de 1 500 litres, un fourneau et une chaudière pour les bains; le deuxième étage se compose de trois chambres à coucher et d'un cabinet de toilette. Sous le toit il y a une chambre de domestique et un grand grenier, et sous le rez-de-chaussée un cellier. Ces locaux me semblent offrir des ressources pour l'établissement d'une école de santé. Aussi je n'hésite pas à en faire don à la Ville de Paris à des conditions à fixer. Mais je dois, dès à présent, affirmer au Conseil que je veux me trouver d'accord avec la Ville de Paris et que je ferai toutes les concessions raisonnables pour arriver à ce but.

« Les Perriers sont une propriété dont mon père et ma mère purent faire l'acquisition, étant d'un âge avancé, afin d'y finir leur vie, toute de labeur et de dévouement aux enfants, il me serait pénible de la voir passer en des mains étrangères, mais pour moi ce n'est pas l'aliéner que de la céder à la Ville de Paris, en faveur des enfants pauvres, souffreteux et malingres, c'est continuer, il me semble, la tâche entreprise par ma famille dont tous les membres ont consacré leur existence à l'éducation de la jeunesse. Je dois d'ailleurs me souvenir avec reconnaissance que ma mère, atteinte d'un mal dont les effets sont ordinairement rapides, dut aux conditions climatériques exceptionnelles où se trouvent les Perriers, d'atteindre un grand âge, en dépit de pronostics fâcheux portés par les médecins.

Je désire que les enfants souffreteux de Paris soient, dès maintenant, mis en possession de cette propriété afin d'y retrouver la santé, sans pour cela abandonner leurs études.

Il suffira, pour commencer d'installer aux Perriers deux classes, deux dortoirs, et deux réfectoires, les uns destinés aux garçons et les autres aux filles.

Il est bien entendu, que les enfants chétifs de tous les arrondissements pourront être envoyés dans cette Ecole de santé pour se refaire par un séjour de deux, trois mois, quatre mois et plus s'il est nécessaire. J'aurai l'honneur de demander à la quatrième commission de réserver une place aux enfants de la banlieue de Paris, dans une proportion raisonnable, et avec le concours du Conseil général. Le Conseil municipal s'associera, je n'en doute pas, à cette mesure. La distance qui sépare Nogent-le-Rotrou de Paris est minime; on la parcourt en moins de trois heures; il est certain que la Compagnie de l'Ouest consentira volontiers à des prix réduits pour le transport des enfants et de leurs familles, elle imitera en cela la Compagnie du Nord, qui accorde des réductions de tarif considérables en faveur des pensionnaires placés par le département de la Seine, à l'orphelinat Prévost, de Cempuis, et des parents qui s'y rendent pour visiter leurs enfants. »

Nous espérons que le Conseil municipal réalisera le vœu de M. Blondel en acceptant sa généreuse donation. L'expérience d'une Ecole de ce genre pour les petits Parisiens pauvres est intéressante, et si le budget municipal est grevé de quelque nouveau crédit, nos édiles peuvent être convaincus qu'indirectement l'Assistance publique de Paris bénéficiera des sommes sacrifiées. Les résultats certains seront quelques lits vacants de plus dans les hôpitaux, des frais pharmaceutiques, des secours de maladie en moins, et enfin l'économie de quelques vies humaines. Certes ce ne sont pas des économies que l'on marque en prévision sur le papier, ce ne sont pas de celles qui permettent d'établir d'avance l'équilibre d'un budget et à ce titre, nombre de bons administrateurs souriront en les voyant escompter, mais ce genre d'économies sont de celles qui font honneur à l'humanité de ceux qui les réalisent et qui fondent la véritable fortune d'une grande Cité. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

XXVIIIe SESSION TENUE A BOULOGNE-SUR-MER
du 14 au 21 septembre.

Le XXVIIIe Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences s'est réuni le 14 septembre à Boulogne-sur-Mer sous la présidence de M. le Pr Brouardel. Le Dr Aigre, maire de Boulogne, a souhaité la bienvenue aux cinq cents membres du Congrès dans une séance solennelle au théâtre. Il a rappelé les faits mémorables de l'histoire de la ville depuis le départ des flottes romaines de César à la conquête de la Grande-Bretagne jusqu'à la fondation de la Légion d'honneur et la distribution des croix par Napoléon Ier au camp de Boulogne, il compte que la réunion scientifique de l'Association française tiendra une aussi grande place dans l'histoire de la vieille cité.

M. le Pr Brouardel prononce alors le discours d'ouverture et, sans doute pour donner une idée saisissante de l'avancement des sciences à notre époque, il a exposé les progrès de l'hygiène dans ces dernières années. Ces progrès se constatent par la diminution de la mortalité qui, à Paris, par exemple, est tombée de 24 0/00 avant 1892 à 18 0/00 depuis cette époque. Toutes les maladies infectieuses diminuent depuis que des mesures hygiéniques sont prises pour les prévenir et les combattre. Les cas de fièvre typhoïde deviennent plus rares, surtout dans l'armée, où cependant leur chiffre dépasse encore de beaucoup celui de l'armée allemande. La mortalité de la diphtérie est tombée depuis la sérothérapie de 75 à 15 0/0. Un des fléaux contre lequel on est resté jusqu'alors presque impuissant est la tuberculose. Cette maladie enlève 150 000 individus par an à notre pays qui s'il est moins éprouvé que la Russie, l'est plus que l'Allemagne et surtout que l'Angleterre et que la Norwège. Pour lutter efficacement contre la tuberculose il ne suffit pas d'élever des sanatoria et de marcher à ce point de vue sur les traces de l'Allemagne, mais il faut surtout veiller à l'hygiène de l'habitation, éviter l'encombrement et empêcher la contagion en faisant désinfecter les locaux qui ont servi de demeure à des tuberculeux. Les résultats de l'hygiène sont palpables ; cette science n'est pas aveugle, mais dispose d'armes précieuses dans la lutte contre les maladies, mais pour donner tout ce qu'on peut attendre d'elle, elle a besoin du concours de toutes les intelligences et elle le trouvera, ce concours précieux, parmi les membres de l'Association.

Des applaudissements prolongés ont salué le dicours du Président et les congressistes se sont divisés en sections. Trois de ces sections intéressent la médecine : La section des sciences médicales présidée par le Pr Brouardel ; celle d'hygiène que préside le Dr Papillon et celle d'électricité médicale, sous la présidence du Pr Bergonié (de Bordeaux).

Nous ne décrirons pas les fêtes, les réceptions, les excursions, les visites d'établissements industriels, scientifiques, hospitaliers que la ville de Boulogne a organisées pour les congressistes, nous insisterons seulement sur l'excursion à Douvres où les congressistes français devaient être les hôtes des membres de la British Association for the Avancement of Science. Trois cent cinquante congressistes se sont rendus à l'invitation. Après une traversée assez mouvementée sur le vapeur *Empress* affrété dans ce but, ils ont été reçus à Douvres par les délégués de la British Association, les soldats de la garnison faisant la haie sur leur passage. Après une collation dès l'arrivée, les tramways électriques les transportèrent au Communal Hall de Douvres où le mayor de la ville, sir W. H. Crundall, en grand costume, leur a souhaité la bienvenue. Sir Michel Forster, président de la British Association, lord Lister ont prononcé des discours auxquels le Pr Brouardel a répondu. Les congressistes se sont alors divisés en sections qui se sont confondues avec les sections similaires de l'Association britannique. Un banquet fut ensuite servi dans le parc de l'Ecole supérieure et un millier de convives y prirent part, la plus grande cordialité a régné entre Français et Anglais, les toasts et les bans ont été sans nombre et les congressistes français se sont embarqués sur l'*Empress* emportant le meilleur souvenir de leurs confrères de la British Association qui doivent, peu après, leur rendre visite à Boulogne.

COMMUNICATIONS FAITES A LA SECTION DE MÉDECINE

Un cas de tuberculose herniaire.

M. Ch. Faguet (de Périgueux). — La connaissance de la tuberculose herniaire est récente. Observée et reconnue par Cruveilhier en 1862, M. Lejars, en 1889, dans son étude sur les « néoplasmes herniaires et péri-herniaires », en relate sept observations. M. Jonnesco réunit onze cas connus sous une excellente monographie dans la *Revue de Chirurgie*, en 1891. D'autres cas ont été publiés dans les thèses de MM. Th. Renault (Bordeaux, 1894) et C. Nurdin (Paris, 1897).

Dans le cas de M. Ch. Faguet, il s'agit d'un jeune homme homme de dix-huit ans, cultivateur, sans antécédents pathologiques. En soulevant une lourde charrue, ce jeune homme éprouva une douleur vive dans la région inguinale gauche et vit apparaître une petite hernie qui devint le siège de fréquentes coliques. Sept mois après l'apparition de la hernie, on trouve à l'examen de la région inguino-scrotale gauche : 1° le testicule et l'épididyme sains ; 2° une plaque indurée qui paraît siéger au fond du sac ; 3° une entérocèle réductible. Les autres organes sont normaux ; l'état général est excellent. La cure radicale de la hernie est pratiquée. L'intestin paraît sain ; rien d'anormal sur la face interne du sac. Les suites opératoires furent très bonnes. Le fond du sac est occupé tout entier par une plaque de l'étendue d'une pièce de deux francs, et dont l'épaisseur est de cinq millimètres. Sa consistance est uniformément fibreuse, sans irrégularités ni nodosités. L'examen microscopique montre que le fond du sac présente des lésions tuberculeuses très nettes. Les tubercules sont en très grand nombre dans toute l'épaisseur de la séreuse. Les parois et le collet du sac n'offrent rien d'anormal.

Six mois après, ce jeune homme rentre à l'hôpital avec les signes d'une tuberculose péritonéale et pulmonaire dont il est mort. L'autopsie vérifie l'exactitude du diagnostic. En résumé, il s'agit, dans ce cas, d'une tuberculose primitive circonscrite du fond du sac herniaire, tuberculose qui s'est généralisée malgré une intervention qui paraissait avoir été précoce et complète.

Traitement de la tuberculose d'après la méthode de Landerer.

M. S. Bernheim. — Cette méthode, qui est expérimentée depuis plusieurs années, consiste à injecter dans les veines ou dans le tissu musculaire du cinnamate de soude. On peut tirer des nombreuses expériences et des observations cliniques de MM. Landerer et Bernheim les conclusions suivantes :

1° L'acide cinnamique et ses composés peuvent être considérés comme des produits absolument inoffensifs n'exerçant aucune action sur l'organisme de l'homme sain. Ces agents n'ont également aucune influence sur d'autres maladies. Seule la tuberculose est sensible à leur action.

2° Cette action se traduit par les manifestations suivantes : dès les premières injections, il s'établit une hyperleucocytose et on trouve surtout dans la circulation un grand nombre de leucocytes polynucléaires et éosinophiles. Autour des foyers tuberculeux même, il se produit un processus inflammatoire

qui se termine par une production de tissu conjonctif et de jeunes vaisseaux. Cette transformation scléreuse s'étend par rayonnement à travers les tubercules qui présentent bientôt l'aspect d'un tissu cicatriciel.

3° Ces injections de cinnamate de soude, qui peuvent être glutéales ou intraveineuses, doivent être toujours commencées avec des doses très petites, débutant à 0,001 milligr. et allant jusqu'à 50 milligr., dose qu'il est inutile de dépasser. On se guide pour augmenter la dose sur l'état général du malade, sur la fièvre, les hémoptysies et enfin sur la leucocytose. Suivant les cas plus ou moins graves, on continue plus longtemps cette méthode. Mais il faut compter un minimum de 3 mois et le traitement peut atteindre une durée d'un an. Le malade doit être placé dans les meilleures conditions d'hygiène.

4° MM. Landerer et Bernheim ont réuni 784 cas de différentes formes de tuberculoses et il résulte de leurs observations expérimentales, microscopiques et cliniques, qu'on possède dans l'acide cinnamique et ses dérivés des agents capables d'exercer une influence énergique contre la tuberculose. Les deux auteurs citent un très grand nombre d'améliorations et de guérisons obtenues exclusivement par cette méthode.

5° D'après M. Landerer, l'acide cinnamique pourrait être considéré comme un antidote du bacille (théorie de Buchner). En se combinant avec les toxines tuberculeuses, il produirait une substance inoffensive. Au contraire, d'après Bernheim, le produit agirait comme agent phagocytaire. Le grand nombre de leucocytes mettent l'organisme en bon état de défense et les bacilles de Koch ne secréteraient plus ou secréteraient moins de toxines.

6° L'action curative du cinnamate de soude peut être contrôlée de visu dans les formes chirurgicales où l'on asiste sur place à une hyperleucocytose, à une production de jeunes bourgeons et à une cicatrisation scléreuse.

De l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien dans certaines variétés de torticolis chronique.

M. J. Reboul (de Nîmes). — Dans le traitement du torticolis chronique, la section tendineuse sous-cutanée et surtout la ténotomie à ciel ouvert suivie d'un traitement manuel ou orthopédique, donne des résultats suffisants. La déviation est corrigée définitivement et complètement. Toutefois, dans certaines variétés de torticolis chroniques congénitaux invétérés, le redressement opératoire ne peut être complet, quoique l'on ait sectionné les deux tendons du sterno mastoïdien et les brides fibreuses aponévrotiques. Le sterno-mastoïdien est réduit à une masse fibreuse rétractée et adhérente à l'aponévrose; l'on ne peut par la ténotomie simple et la section des brides fibreuses, corriger l'attitude vicieuse et redresser la tête. Il devient alors nécessaire de pratiquer l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien, extirpation préconisée par Volkmann, Hadra et J. Mikulicz (de Breslau).

Dans deux cas (jeune garçon de 10 ans, jeune fille de 23 ans) où la ténotomie à ciel ouvert et la section des brides fibreuses aponévrotiques, suivies du traitement orthopédique, ne lui avaient pas permis de corriger l'attitude vicieuse et de redresser la tête. L'auteur a dû pratiquer ultérieurement l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien au tiers inférieur et a obtenu le résultat désiré.

L'auteur ne pense donc pas comme Redard, que « l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien ne donne pas de meilleurs résultats que la ténotomie ou la myotomie à ciel ouvert ». Il croit au contraire que dans certains cas l'extirpation partielle est nécessaire pour corriger l'attitude vicieuse contre laquelle la ténotomie à ciel ouvert n'avait pas donné de résultats suffisants.

Ectopies cardiaques.

M. Samuel Bernheim. — D'après l'auteur, le déplacement du cœur est plus fréquent qu'on ne le pense : les épreuves radiographiques, de date récente, démontrent des ectopies que l'on ne peut prouver par la percussion et l'auscultation.

D'une façon générale, il existe deux grandes variétés : 1° les ectopies cardiaques congénitales; 2° les ectopies pathologiques.

Les ectopies cardiaques congénitales sont extrathoraciques ou intrathoraciques. La vie est incompatible avec l'ectopie extrathoracique. Il existe cependant dans les archives médicales un cas rapporté par F. Franck où une jeune Alsacienne a pu atteindre l'âge adulte avec un cœur placé sous une légère couche cutanée en dehors du thorax.

Les cas d'inversions cardiaques d'origine congénitale sont plus fréquents, et lorsque le déplacement n'est pas trop accentué, l'anomalie n'est pas incompatible avec la vie. Le cœur seul peut être déplacé ou bien il existe également une inversion d'autres organes.

Les ectopies pathologiques sont très nombreuses. Sous l'influence de causes multiples (pleurésie, tumeurs, hypertrophie cardiaque, rétraction du tissu pulmonaire, traumatisme, adhérences pleuro-pulmonaires, le cœur peut se déplacer en haut, en bas, à gauche, à droite; il peut encore se déplacer suivant son axe. Les symptômes et le pronostic de ces différentes ectopies cardiaques varient et l'auteur poursuit dans ses moindres détails le processus morbide de chacune d'entre elles.

Action des sécrétions internes sur les centres vaso-moteurs.

M. le Pr Livon (de Marseille) conclut de ses expériences antérieures qu'une des actions des sécrétions internes c'est d'agir sur la pression sanguine pour produire tantôt de l'hypertension, tantôt de l'hypotension, et qu'à l'état physiologique l'effet de ces diverses sécrétions s'équilibre et maintient la pression sanguine dans une moyenne convenable. Mais cette moyenne n'est pas stable, comme le démontre entre autres le phénomène de Traube que de Cyon explique par une lutte égale entre l'excitation des centres vaso-constricteurs et l'intervention du nerf dépresseur. Les expériences de l'auteur démontrent que les agents de cette excitation sont les sécrétions internes. En effet, l'injection dans le torrent de la circulation d'extrait de corps pituitaire ou de capsules surrénales détermine une hypertension très nette. Si pendant cette hypertension l'on vient à exciter le nerf dépresseur au lieu d'obtenir la chute qui caractérise l'excitation de ce nerf sur le lapin, on voit l'hypertension persister ou ne faire que se modifier légèrement si la dose injectée a été légère. Si l'on commence par exciter le bout central du dépresseur et que pendant l'hypotension on pratique l'injection intra-vasculaire d'extrait hypertensif, immédiatement on voit se produire l'effet hypertensif ordinaire comme si le dépresseur n'était pas excité. Ces expériences démontrent donc l'inhibition du nerf dépresseur par ces extraits organiques. Dans quelques expériences on assiste à une sorte de lutte entre les phénomènes hypertensifs et hypotensifs, il se produit une exagération du phénomène de Traube pendant l'excitation du nerf dépresseur.

Dans quelques expériences d'excitation du depresseur après l'injection d'extraits hypertensifs, l'animal éprouve quelques secousses convulsives, la pression tombe brusquement à zéro et l'animal meurt. On dirait que dans ce cas la lutte entre les deux phénomènes inverses a été telle qu'elle a donné naissance à une sorte d'interférence ayant produit l'arrêt définitif du cœur.

La fièvre des tuberculeux.

M. S. Bernheim (de Paris). — D'après les recherches expérimentales et les observations cliniques de l'auteur, il peut se produire dans les différentes manifestations tuberculeuses trois variétés d'hyperthermie : 1° la fièvre bacillaire pure; 2° la fièvre septique; 3° la fièvre hectique.

On peut créer expérimentalement la forme bacillaire pure, qui s'observe aussi dans la tuberculose miliaire, dans la méningite, dans certaines variétés de pleurésie de péricardite et de péritonite tuberculeuses.

La fièvre septique, due aux toxines de bactéries autres que le bacille de Koch, s'observe dans la phtisie subaiguë, dans la pneumonie tuberculeuse, à la deuxième période de la phtisie commune et dans un grand nombres de formes chirurgicales de tuberculose à lésions multiples.

La fièvre hectique est due à l'association des bactéries de la suppuration et du bacille de Koch, dont les toxines sont résorbées sur place et produisent ainsi une intoxication générale aiguë de tout l'organisme qui en est imprégné.

Cet empoisonnement produit rapidement la cachexie et entraîne fatalement la mort.

Au point de vue du traitement, M. Bernhelm recommande le repos absolu et de bonnes conditions hygiéniques et diététiques dans toutes les manifestations tuberculeuses. Il combat la fièvre bacillaire pure par des injections glutéales de cinnamate de soude ; dans la fièvre septique, il recommande l'acide salicylique et l'antipyrine ; enfin, tous ces médicaments associés à une bonne hygiène ont quelquefois, mais exceptionnellement, raison de la fièvre hectique.

Gibbosités expérimentales.

MM. Ménard (de Berck) et Guibal ont démontré expérimentalement que la conformation des arcs vertébraux postérieurs et la mobilité propre du rachis influent sur le mécanisme, la forme et le degré de la gibbosité pottique. Leurs expériences ont consisté à supprimer au cou, ou dos, aux lombes un, deux, trois corps vertébraux, afin de reproduire aussi exactement que possible les conditions physiques du mal de Pott dans sa variété habituelle. Au cou, région la plus mobile du rachis lorsqu'on produit l'inflexion vertébrale après avoir enlevé un ou plusieurs corps, l'inflexion reste incomplète ; le segment supérieur du rachis ne peut être baissé jusqu'au contact avec le segment inférieur ; le pédicule et les apophyses transverses placées latéralement de chaque côté des corps vertébraux et non en arrière d'eux, comme au dos et aux lombes, se trouvent coincés entre les deux segments, que l'on presse l'un sur l'autre, et s'opposent à leur rapprochement complet. D'autre part, on constate en même temps que les arcs postérieurs, sous l'influence de la pression qu'ils supportent, se tassent les uns sur les autres à un degré tel, que le rachis postérieur peut perdre la moité environ de sa hauteur, dans la partie sur laquelle on expérimente.

L'inflexion est incomplète par suite de la présence des apophyses transverses, qui suppléent partiellement au rôle des corps vertébraux disparus ; de plus, elle est corrigée par le tassement du rachis postérieur ; aussi l'inflexion du rachis à la région cervicale est beaucoup moindre que ne le lait prévoir la perte de substance produite dans la série des corps vertébraux. Dans la région dorsale, tout est différent, l'extension y étant limitée. Les lames et les apophyses épineuses s'appliquent directement l'une sur l'autre, et ne peuvent se tasser. Après la suppression d'un ou de plusieurs corps vertébraux, l'inflexion s'effectue malgré l'obstacle opposé par la cage thoracique. Les deux segments viennent en contact à la partie supérieure du dos ; plus bas, ils ne se rapprochent que sous une pression forte. On peut donc admettre que dans la région dorsale le degré de la gibbosité est en rapport direct avec l'étendue de la destruction des corps vertébraux.

A la région lombaire, les résultats obtenus tiennent une place intermédiaire. Le tassement des arcs postérieurs, proportionnel au degré du mouvement d'extension, atteint le quart de leur hauteur. L'inflexion est facile et complète après la destruction d'un seul corps vertébral ; on l'obtient difficilement si l'on a enlevé plus de deux ou trois corps ; ce qui tient à la longueur et à la direction horizontale des apophyses épineuses, solidement attachées entre elles. Donc, aux lombes la gibbosité sera atténuée par le tassement des arcs postérieurs. La comparaison faite entre les résultats de ces expériences et les pièces recueillies dans le mal de Pott concorde parfaitement. Aux lombes et surtout au cou la gibbosité n'est pas en rapport avec l'étendue de l'altération des corps vertébraux, elle est atténuée. A la région dorsale, il y a un rapport direct entre la destruction des corps vertébraux et la courbure de la colonne vertebrale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 septembre 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Les vacances ont stimulé le zèle de l'Académie. Cette séance de rentrée offre une réelle animation. On s'entretient beaucoup de la nouvelle salle en construction rue Bonaparte. Les travaux avancent rapidement et l'inauguration paraît certaine pour l'été prochain. Voici les diverses communications :

Les angines à streptocoques.

M. Le Damany étudie une épidémie d'angines à streptocoques observée à Rennes, de décembre 1898 à juillet 1899. Le nombre des cas se chiffre par milliers. Les décès par infection streptococcique généralisée ont été heureusement fort rares. La plupart de ces angines ont pris l'aspect herpétique. Le rôle du streptocoque dans leur pathogénie ne semble pas douteux.

Diagnostic de la fièvre intermittente et de la granulie chez l'enfant au moyen des badigeonnages de gaïacol.

M. Moncorvo (de Rio de Janeiro) montre le très grand intérêt de ce moyen de diagnostic différentiel. Voici ses conclusions :

1° L'action antithermique du gaïacol synthétique (alpha) employé sous la forme de badigeonnages cutanés, très active et très prompte contre la fièvre de la tuberculose, reste, presque sans exception, nulle dans les cas de fièvre palustre ; 2° cette diversité d'action du gaïacol lui prête une valeur incontestable pour éclairer le diagnostic différentiel entre la tuberculose et la malaria aiguës.

Abcès du foie chez un enfant de deux ans.

M. Moncorvo rapporte un cas d'abcès du foie chez un jeune enfant. Incision par la méthode de Little et guérison. L'enfant avait fait une chute sur l'hypocondre droit deux mois avant l'abcès. Après avoir éliminé l'hypothèse d'un kyste hydatique, de l'invasion des canaux biliaires par les lombrics, d'une phlébite ombilicale, de l'appendicite, de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, M. Moncorvo se rallie comme étiologie au traumatisme.

La reminéralisation appliquée au traitement des rhumatisants chroniques.

M. Gaube (du Gers) discute la pathogénie de cette affection. Il montre que le tissu fibreux se déminéralise lentement, mais aussi se reminéralise très lentement, de là son atteinte dans le rhumatisme. Les rhumatisants chroniques ont un sérum sanguin déminéralisé. Il y a là une indication thérapeutique chez ces malades. On emploiera les glycérophosphates de chaux, de soude, de magnésie, les chlorures.

A.-F. Plicque.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : M. le Dr P. Kéraval.

I. — **Die psychiatrische Klinik zu Giessen** ; par A. Dannemann. (Berlin, in-8, 1899, S. Karger, édit.)

I. — Cette nouvelle clinique est le service installé par M. Sommer. C'est un bijou destiné à l'observation et au traitement d'une centaine de malades des deux sexes suivant les besoins de l'enseignement.

Les deux premiers chapitres sont consacrés à l'exposé des differentes nécessités d'élever une clinique psychiatrique à Giessen, aux difficultés multiples qu'on eut à surmonter, à l'histoire du plan de l'établissement conçu par Ludwig dont les idées ont servi de base au projet Weltzien modifié par M. Sommer. Et maintenant au penchant sud-ouest du Seltersberg dont la pente incline doucement à la Lahn, s'élève, à l'extrémité sud de la ville, sur un terrain de 2 hectares 61 ares 89 centiares un groupe de pavillons, réunissant toutes les dispositions d'un asile d'aliénés et d'un institut d'enseignement. Tout a été fait, au moyen des ressources de la culture, pour dissimuler aux malades les désagréments de leur isolement, leur assurer la vue, leur donner l'illusion d'une campagne, d'un jardin de luxe ; la surveillance et la séparation s'y effectuant néanmoins d'une façon continue.

L'étude des figures, des plans, des détails, peut se résumer à peu près comme suit : Sur la ligne médiane, bâtiment d'administration, cuisine. Latéralement, huit pavillons symétriquement disposés, quatre à l'est pour les femmes, quatre à l'ouest

pour les hommes. A l'angle nord, à part, quoique à proximité l'habitation du Directeur qui, naturellement est en même temps le médecin et le professeur. Toutes ces constructions sont sur caves, surélevées d'un mètre à un mètre et demi au-dessus du sol.

A. — Le bâtiment principal, sur la ligne du centre, comprend : 1° un rez-de-chaussée et un premier étage (direction, administration, enseignement, avec tout ce qu'il faut régulièrement disposé et combiné pour ces objets, ainsi que pour les recherches); 2° des mansardes, usitées, soit comme magasins, soit comme chambres pour le personnel des bureaux et les chauffeurs ; 3° un sous-sol à cadavres, autopsies, etc.

B. — A chaque côté de la ligne médiane, un pavillon d'hommes et un pavillon de femmes, de 12 à 15 personnes aisées ou indigents bien élevés, surtout atteints de psychonévroses. Ce pavillon comprend un rez-de-chaussée et un premier étage. Tout ce qu'il faut pour récréer, soigner, surveiller, avec le confort moderne ; lieux d'aisances, électricité, eau partout ; un téléphone pour appeler un médecin.

C. — Plus loin, de chaque côté de la cuisine, un autre pavillon d'hommes, et un autre pavillon de femmes, ne se compose que d'un rez-de-chaussée surélevé. Il est destiné à 12 ou 15 malades, calmes, mais un peu sensibles, *capables de suicide* au besoin. La surveillance devant y être incessante, exige, une *salle de surveillance continue* et une chambre de médecin de garde, en plus de la chambre nécessaire à la personne chargée de la veille et appelée de la salle de surveillance au moyen d'une cloche électrique.

D. — Pavillon des agités, hommes et femmes. — Destinés aux agités qui n'opposent pas de résistance au traitement au lit, aux évadeurs, aux aliénés non sensibles, ces deux pavillons sont symétriquement inverses. On y trouve :

1° Un rez-de-chaussée; ici une *salle de surveillance continue* pour 10 malades, une salle de jour avec tout l'attirail convenable des bains, etc.; 2° un premier étage; là, onze malades exigeant une *surveillance de jour*, tels que paralytiques généraux aux premières périodes, délirants chroniques sociables, déments et toutes formes morbides pouvant exiger, à l'occasion, un rapide passage aux sections de réclusion spéciales : une salle de jour. En tout 21 malades. Ce quartier n'est pas destiné à l'isolement; 3° des mansardes servent à des dépôts d'habits et des réserves.

E. — Enfin, tout à fait en arrière du pavillon des agités, auquel il est réuni par un passage, par une galerie, est le pavillon des *insociables* et des *malpropres*. On y accède du pavillon précédent par un corridor en pente qui permet d'y évacuer les malades au moyen de lits roulants. Le sous-sol est une buanderie à grande eau chauffée au gaz, des prises d'eau et des claies, un sol incliné, permettent tous les lavages possibles. Le long du corridor du rez-de-chaussée sont disposées quatre chambres d'isolement dont une pour criminel, avec une grande chambre de bains, plus, une grande pièce de 90 mètres cubes destinée à la surveillance des malades les moins agités mais nécessitant la garde. Une petite chambre est réservée à la garde de nuit.

Chaque chambre d'isolement, lisse partout, stuquée et linéolée, est percée d'une fenêtre sans saillies, munie de vitres de 6 à 10 millimètres d'épaisseur ; elle cube 50 mètres. La fenêtre est doublée en dehors de légères jalousies en bois et d'un simple grillage à baguettes : entre ces deux fenêtres, rideaux. Partout des doubles portes; l'externe massive, l'interne, munie d'une fenêtre d'observation, dont le panneau inférieur est grillagé. C'est entre ces deux portes qu'arrive l'air des appareils de chauffage. Chaque chambre possède son appareil de ventilation. Eclairage électrique multiplié, de divers systèmes.

F. — En arrière de l'asile et au milieu se trouve la cuisine, elle utilise des fourneaux; c'est un simple rez-de-chaussée à sous-sol bien entendu. On y trouve aussi les bains pour le personnel.

Les avantages de ce petit asile seraient d'après l'auteur l'individualisation des aliénés que l'on soigne minutieusement grâce à un personnel nombreux, grâce à de nombreux médecins, en pratiquant la *surveillance continue* : 1° des malades calmes à tendances suicides; 2° des agités non violents ; 3° des insociables. Il y manque un lazaret.

La ventilation, le chauffage à basse pression (vapeur), le service des eaux, la dissémination des bains et des toilettes, l'évacuation des eaux usées et des matières fécales, l'éclairage, l'étude de la température des salles, les planchers, la literie, le mobilier, la décoration, le service téléphonique, la suppression du no-restraint, les prévisions en cas d'incendie, sont analysés à fond et soumis à l'expérience des inventions les plus ingénieuses et les plus efficaces.

Comment fonctionne cet institut ? (chapitre 4). Et d'abord le service des malades? On y dispose d'un médecin pour 20 à 25 malades et les médecins couchent le plus possible dans les pavillons. On utilise 34 infirmiers ou infirmières pour 80 à 100 aliénés. La veille de nuit est répartie, dans chaque division, d'hommes et de femmes, sur trois pavillons. On a soin d'accorder le repos convenable. Traitement 375 francs à 437 fr. 50, en sus du vêtement et de la nourriture; mais ils n'ont pas de locaux d'habitation spéciaux. On leur a bien donné des chambres mansardées, mais elles sont reliées, en cas de nécessité, à l'appareil électrique du pavillon correspondant.

Le mode d'admission des aliénés est fort simplifié. Elle s'effectue immédiatement, mais, s'il n'existe pas de certificat médical d'entrée, on fait venir le *Kreisarzt*. La police peut requérir l'internement, mais sans que celui-ci soit obligatoire, et il faut que l'agent qui se présente soit en civil. On a aussi simplifié, tout en les respectant, les autres formalités du pays.

Prix de journée d'indigent 1 fr. 25. Autres prix de journée, 1 fr. 25 à 8 fr. 10. Le Directeur traite d'ailleurs de gré à gré avec les familles. Il évacue sur les asiles régionaux d Heppenheim, d'Hofheim et garde les malades tant que l'instruction des élèves l'exige.

Le chapitre V et dernier traite les questions de statistique, d'enseignement, de pratiques diverses dont il découle que l'établissement marche déjà bien depuis trois ans qu'il est ouvert.

C'est bien un institut clinique, au sens de Griésinger, mais le programme du maître est encore loin d'être rempli en Allemagne (*Archiv. für Psychiatrie*, I, 21) On n'a pas notamment rendu l'enseignement de la médecine mentale obligatoire, on a construit, par mesure d'économie, de trop grands asiles, pauvres en personnel infirmier ou médical, on manque d'asiles cliniques et d'asiles urbains (conclusions du chapitre 6).

II. — Etude sur la lucidité et la démence; par J. Dumaz. (Chambéry, in-8°, 1898. Imprimerie Nouvelle.)

II. — Ce mémoire se compose de deux parties.

Dans la première, l'auteur pense que la lucidité d'esprit, état mental où existe la lumière de la raison, peut exister à un moment donné, complète ou partielle, chez certains aliénés. Ce qui, dit-il, établit la différence entre la lucidité complète et la lucidité partielle, c'est l'association ou non de la folie avec le minimum de raison. La lucidité est complète quand ce minimum est sans mélange d'insanité d'esprit, et seulement partielle quand la preuve de la démence (synonyme, pour le légiste, d'aliénation mentale) ne résulte pas de l'acte qui est attaqué. L'auteur étudie les rapports de ces deux états avec les diverses affections mentales classées par : 1° perturbation complète des facultés (excitations maniaques, manie, lypémanie, folie circulaire, folie puerpérale, démence paralytique, folie épileptique, hystérique, choréique, névropathique) (démence vésanique, démence congénitale); 2° perturbations partielles des facultés (mélancolie avec conscience, hypocondrie, délire des persécutions); 3° perturbations isolées d'une faculté (hallucinations sans délire, impulsions irrésistibles) (perversion congénitale de l'instinct sexuel, érotomanie, mysticisme, folie du doute, auto-culpabilité) (mégalomanie, délire des querellants) et il conclut qu'il n'y a pas de lucidité pendant l'accès, mais que celle-ci est complète dans l'intervalle des accès, dans les dix premières maladies mentales, en y joignant la folie et la démence alcoolique. Il n'y a même pas lucidité partielle dans la démence vésanique ou congénitale (imbécillité, idiotie, crétinisme). Dans la mélancolie avec conscience, l'hypocondrie, le délire des persécutions, l'érotomanie, le mysticisme, la folie du doute, l'autoculpabilité, la mégalomanie idiopathique, le délire des querellants, il y a coexistence de l'aliénation men-

tale et d'une lucidité partielle ou relative. Enfin la lucidité complète coexiste avec l'hallucination sans délire et l'impulsion irrésistible.

Suivant six observations d'interdiction à propos desquelles M. Dumaz critique la manière de faire des magistrats, et demande qu'à l'article 496 du Code civil on ajoute l'obligation préalable d'un rapport médico-légal d'un *spécialiste* et de l'interrogation par le Tribunal du défendeur en chambre du conseil.

Dans la seconde partie, la *recherche des bases scientifiques de la démence légale* est effectuée au moyen de l'examen des criminels observés par l'auteur. Que la maladie mentale soit acquise ou congénitale, la base scientifique de l'etat de démence invoqué par l'article 64 du Code pénal, est l'irrésistibilité de la fonction psychique. Tout inculpé en prison devrait avoir sa fiche de mentalité rédigée par le médecin dans les termes suivants :

Y a-t-il présomption : d'idiotie, d'imbécilité, de débilité ou de déséquilibre mental — d'hallucinations — de conceptions délirantes quelconques — d'impulsions irrésistibles ou d'obsession insurmontable au vol, à la boisson, à l'incendie, au meurtre, à la perversion sexuelle, à un acte nuisible? Là-dessus se baserait le juge d'instruction.

III. — De la confusion mentale; par G. Gombault. (Paris, in-8°, 1898, H. Jouve, éditeur.)

III. — M. Gombault continue la série des thèses sur les éléments symptomatiques de l'aliénation mentale qui ont fourni jusqu'ici d'heureux résultats. Etude avec explication de la genèse de cet état dans les états maniaques (deux observations) et mélancoliques (sept observations). En ce qui concerne le délire systématisé, peut-être y a-t-il une petite lacune car nous n'y voyons pas d'observations correspondantes. Les autres observations (10 à 29) relatives aux névroses, démences vésaniques et organiques, folies toxiques, auto-intoxications, dégénérés, sont pleines d'intérêt. Il existe néanmoins, pour l'auteur, une confusion mentale simple, mais il importe de remarquer que l'observation 30 a pour origine la fièvre typhoïde, l'observation concerne une démence précoce post-maniaque chez une dégénérée, l'observation 32, un débile ayant eu des attaques épileptiformes.

Il *conclut* cependant. La confusion mentale n'est en somme qu'un syndrome, comme le serait la stupeur, c'est un état morbide de l'esprit, non un délire, il comporte trois formes : légère, moyenne, accentuée. Elle peut, en dehors des délires, apparaître seule, ou se manifester pendant la durée d'états cérébraux ou organiques particuliers (névroses, intoxications, lésions organiques, etc.) ; elle est dite alors symptomatique. Associée à des idées délirantes, elle n'est plus qu'un syndrome faisant partie d'un état plus complexe, comme dans les délires associés. Ici encore elle peut être symptomatique, quand elle apparaît dans les divers états cités plus haut. Quelques auteurs ne reconnaissent à la confusion mentale que cette forme associée et lui nient toute personnalité propre. On peut toujours isoler ce qui lui appartient des états surajoutés. Dans ces formes associées, elle est toujours identique à la confusion mentale pure et isolée qui est plus rare; l'anatomie pathologique en est inconnue, l'étiologie en est encore incertaine. La confusion mentale est souvent d'origine toxique, surtout dans sa forme isolée... La même cause, intoxication ou lésion organique du cerveau, peut produire la confusion mentale pure ou associée, ou un delire sans confusion... C'est qu'il faut, dans la pathogénie de la confusion mentale, faire la part des réactions individuelles... Il faut admettre que la confusion mentale est un état d'esprit particulier produit de la réaction personnelle de l'intelligence ; il en sera d'elle ce qui en est de la dégénérescence mentale.

La confusion mentale symptomatique, qu'elle soit pure ou associée à des délires, prendra place dans les troubles mentaux se manifestant dans les états morbides, d'origine toxique, névrosique, ou accompagnant des lésions organiques.

Pour les cas où la nature symptomatique de la confusion mentale ne peut être confirmée, qu'elle soit simple ou associé à des états délirants, il y aura lieu d'en faire un groupe spécial qui ne représentera qu'une partie de ce que nous comprenons sous le nom de confusion mentale.

Evolution. — Isolée, elle guérit souvent, même dans les formes accentuées, quelquefois en laissant après elle de l'affaiblissement intellectuel. Elle peut évoluer vers la démence. Associée à des idées délirantes ou à des états psychiques particuliers (névroses, etc.), elle peut disparaître, seule ou avec le délire ou l'état mental particulier qu'elle accompagne, ou encore évolue, avec eux, vers la démence.

IV. — Die Bedeutung des Bauchreflexes in der Gynækologie. Giebt es einen Kremasterreflex beim Weibe? par K. Bodon (extrait du *Centralbl. f. Gynækologie*, 189*, n° 5.)

IV. — Physiologiquement, il existe un réflexe abdominal, épigastrique, mésogastrique, hypogastrique. Le réflexe abdominal supérieur porte sur le territoire du neuvième et peut-être aussi du huitième nerf intercostal. Le réflexe abdominal moyen et inférieur porte sur le territoire des dixième, onzième, douzième intercostal. Les centres réflexes occupent la substance grise en longueur, dans le foyer de sa disposition segmentaire originelle. Peut-être aussi, la substance grise du cerveau y concourt-elle. Ces réflexes abdominaux ont aussi leur cellule personnelle ; ils ont même leurs variantes, par périodes chez le même individu. Il y a des gens qui, malgré leur excellente santé, n'en ont point, il faut donc ne leur accorder de valeur diagnostique que si on les compare d'un côté à l'autre du corps. Chez la femme, ils sont indépendants de la volonté, plus faciles à obtenir chez les jeunes, les nullipares ou les oligopares, les maigres.

Dans la pelvicellulite, le réflexe abdominal n'est pas entamé; dans la péritonite, il manque ou est affaibli du côté malade. En d'autres termes, si dans une moitié du bassin, on sent une résistance, une tuméfaction dont la nature ne peut être déterminée d'après les anamnestiques, l'état général et l'état local, et si l'on trouve que, de ce côté, le réflexe abdominal est aussi fort que du côté sain, c'est que la tumeur en question occupe le parametrium, c'est-à-dire le tissu cellulaire du bassin. Si le réflexe abdominal du côté pris est affaibli ou nul, c'est que le péritoine du bassin est atteint, il s'agit d'une périsalpingite, d'une périaphorite, d'une pelvipéritonite. Il y a là un mécanisme autodéfensif.

Y a-t-il chez la femme un réflexe crémastérien ? Est-ce le réflexe inguinal de Geigel? Quand, dit il, avec la pointe du marteau à percussion, on frôle la peau de la cuisse, à sa face interne, vers les parties génitales externes, ou au-dessous du ligament de Poupart, on produit à l'endroit en question une vive contraction des faisceaux les plus inférieurs du petit oblique au-dessus et le long du ligament de Poupart. Or, ces faisceaux, qui proviennent du ligament de Poupart, s'en vont en partie au cordon spermatique par lequel ils arrivent à la tunique vaginale; à sa face externe ils forment des tractus rubanés ; tel est le crémaster. L'excitation de la face interne de la cuisse au tiers moyen, ou dans la région de l'anneau du troisième adducteur, fait contracter le crémaster qui relève brusquement en haut le testicule; c'est le réflexe crémastérien, bien différent de la contraction lente, quasi péristaltique, du scrotum qui survient un peu plus tard, et est produite par les muscles du dartos.

Eh bien, l'organe qui, chez la femme, correspond au cordon spermatique, c'est le ligament rond de l'utérus ; il reçoit, en effet, des fibres du petit oblique. Son excitation doit tirer le fond de l'utérus en avant. *La bascule en avant du fond de la matrice est l'équivalent du réflexe crémastérien.* On a beau introduire l'indicateur dans le cul-de-sac antérieur du vagin, tandis que de l'autre main on excite la face interne de la peau de la cuisse, cette bascule ne se produit pas; en vain pratique-t-on le toucher bimanuel, en priant la femme de se chatouiller à l'aide d'une sonde, la même région, rien non plus. Une sonde légère introduite, comme index, dans la cavité utérine, n'a, sauf en un cas, point décelé de bascule de la matrice, sous l'influence de l'incitation de la face interne des deux cuisses. Cette bascule a cependant eu lieu chez un sujet sur quatre. Le *réflexe crémastérien, rare chez la femme, peut donc se produire*; il s'est produit chez une jeune institutrice dont les règles étaient trop copieuses et trop prolongées, dans ces condi-

tions il s'est produit deux fois de suite, mais avait disparu à la troisième et à la quatrième expérience.

V. — **Conscience et automatisme**, par P. Thévenin. (Extrait de la *Revue philosophique*, Paris, in-16, 1898, Société d'Editions scientifiques.)

V. — La conscience, qui accompagne les opérations nerveuses, procède des pures et simples sensations organiques d'ordre cérébral qui accompagnent le fonctionnement du cerveau, comme les sensations viscérales ou musculaires accompagnent le fonctionnement des viscères ou des muscles. Ces sensations organiques étant des sensations d'états et de pouvoirs organiques cérébraux, siègent, par conséquent, dans les éléments sensitifs. L'homme n'est donc qu'un automate, ayant seulement des sensations plus ou moins vagues de ses états et de ses pouvoirs automatiques, suivant qu'elles s'éloignent ou se rapprochent des centres nerveux les plus élevés.

Mais il ne faut pas assimiler la conscience à la sensation organique. Elle est la sensation des états et des pouvoirs automatiques de l'organisme en général et du cerveau en particulier, car la sensation organique n'est qu'une partie dans le tout. La conscience est donc sensation d'états et pouvoirs automatiques, c'est-à dire que ce sont tous les états et pouvoirs automatiques de l'organisme, et, au premier rang, les opérations nerveuses, lesquels se suffisent absolument et exclusivement à eux-mêmes (doctrine courante de l'automatisme); la sensation de ces états et de ces pouvoirs, qui constitue la conscience accompagnatrice, est sensation purement passive, fatale, un pur dérivé de l'automatisme organique et nerveux.

La raison d'être de la conscience ainsi composée, son rôle est de donner à l'individu la sensation passive, fatale (simple dérivé organique), de son être et du monde exterieur. Avec le mouvement, autre produit de l'automatisme organique, la conscience constitue la vie ou l'âme, au sens antique, mais la conscience et le mouvement n'étant point séparés de l'automatisme organique dont ils dérivent.

La sensation qui constitue la conscience siège dans les éléments sensitifs, en général considérés comme états de conscience. Les dits éléments produisent, en sus de l'impression sensitive physiologique, seule efficace, l'état de conscience correspondant.

L'homme, automate, n'est pas du tout libre de faire ce qu'il veut; sinon, tous les hommes seraient parfaits et heureux. Les hommes subissent, au contraire, le dur, l'implacable asservissement à leur propre organisation et à leur milieu, organisation et milieu qui leur opposent, sans relâche, des obstacles que leur vie consiste essentiellement à surmonter. Et cette servitude, et cette lutte sont les conditions nécessaires de toute existence et de tout progrès (H. Spencer).

VI. — **Pemphigus trophique avec dermite suppurée secondaire chez un paralytique général**; par G. Lalanne. (Bordeaux, in-8, 1898. G. Gounouilhou, edit.)

VI. Véritable pemphigus classique, caractérisé : 1° par une période prodromique, inaperçue à raison de l'oblitération de la sensibilité, et par des vomissements antérieurs; 2° par l'apparition d'une plaque d'érythème devenant rapidement bulleuse, d'abord rosée, puis violacée, d'où s'échappe enfin un pus abondant, dense, successivement clair et jaune-verdâtre; 3 par une marche progressive, une ulcération étendue; 4° par une dermite infectieuse consécutive (pustules à liquide louche), envahissante, se transmettant à l'infirmier; les pustules, après avoir abondamment suinté, se dessèchent et se terminent par la desquamation de l'épiderme soulevé. Cette dermatose a une origine trophique et non syphilitique, bien que le malade soit très probablement syphilitique, car le pemphigus syphilitique se rencontre seulement chez de très jeunes enfants, ou bien il occupe, chez l'adulte, la paume des mains et la plante des pieds; de plus, l'auteur a saisi cet aspect indéfinissable propre aux lésions trophiques, localisées, en outre, à la région du cubital.

VII — **The Prognosis and Duration of Attacks of Mental Disease**, par H. R. Stedman (de Boston). (Extrait du *Boston medic. and surgic. Journal*, 10 juin 1897.)

VII. — Considérations générales sur l'aliéniation mentale dont il est bon de cueillir quelque chose.

Sont surtout héréditaires les folies périodiques, alternantes, récurrentes, mais l'hérédité ne s'étend pas, dans l'espèce, à tous les membres de la famille, loin de là! On a moins de chance d'hériter de ces formes que des désordres névropathiques variés, des convulsions infantiles, démences précoces, mauvaises habitudes, propensions aux défauts physiques.

L'époque de la vie exerce quelque influence sur le pronostic. Physiquement et intellectuellement, les jeunes gens, surtout les femmes, guérissent plus volontiers; en dehors, bien entendu, des imbéciles et des individus atteints de déviation morale constitutionnelle, 63 0/0 des guérisons de la folie ont lieu avant vingt-cinq ans. Seulement la jeunesse est plus sujette aux rechutes, à raison de l'action de l'hérédité qui opère plus probablement dès l'adolescence.

La ménopause est capable de provoquer des guérisons; c'est à-dire qu'il existe des folies persistantes qui ne guérissent généralement pas avant la complète cessation de la menstruation. Quant à la folie d'origine exclusivement menstruelle, c'est une rareté, au même titre que la folie ménopausique.

C'est la vieillesse qui favorise le moins l'éclosion de l'aliénation mentale, en revanche, l'épuisement joue son rôle alors, il joue aussi son rôle dans l'incurabilité des troubles mentaux des vieilles gens, notamment chez les mélancoliques déjà par eux-mêmes en voie de déchéance. La vigueur physique n'est cependant point un bon élément à pronostic au point de vue de la folie parce qu'il semble qu'elle aille de pair avec la lenteur de l'amélioration; celle-ci est souvent précédée d'une déchéance matérielle à travers laquelle elle aboutit à la guérison. La vigueur intellectuelle antérieure semble offrir une résistance plus grande aux désordres de l'esprit, qu'une intelligence imparfaitement développée et peu sensible. On peut espérer beaucoup de crises d'aliénation mentale occasionnées vraiment par des pertes d'argent, la crainte, l'état puerpéral et la lactation.

Le traitement n'influence point le pronostic, mais les chances de guérison deviennent plus rares à mesure qu'il est différé. Il n'est pas non plus nécessaire de placer le malade dans un asile ; il suffit qu'on l'éloigne de chez lui. Le mode d'application du traitement et son adaptation à chaque malade sont importants ; il faut surtout éviter l'encombrement d'un établissement, la promiscuité des divers aliénés.

Les formes les plus curables, au Massachusetts, sont : la mélancolie, actuellement la plus commune ; la stupeur, la confusion mentale, la folie puerpérale, la folie de la lactation, la folie par désordres physiques. La folie systématisée est chronique et rarement curable ; il en est de même de la démence, de la folie récurrente, de la folie alterne.

La folie périodique comporte un pronostic différent de celui de la folie récurrente ; chacun des accès de la première se ressemble et l'intervalle lucide y ressemble presque tout à fait à l'état normal, pendant la plus grande partie de la vie du malade. La folie récurrente présente, au contraire, des particularités suivant chaque accès; un accès peut être maniaque, un autre mélancolique ; les accès se rapprochent, et l'esprit s'affaiblit, dans l'intervalle des accès, jusqu'à ce que la démence finale termine la scène.

Incurable et irrémédiablement mortelle est la paralysie générale. Vouloir prédire l'imminence d'un accès d'aliénation mentale, et en tracer la marche d'après quelques signes individuels, serait une prétention charlatanesque. On peut simplement espérer qu'un prompt assaut signifie une prompte guérison. sauf dans les cas de délire aigu à forme maniaque ou mélancolique (typhomanie) surtout dangereux chez les personnes âgées. Une longue période antécédente de symptômes psychiques doux, discrets, conduit à la chronicité. L'amélioration de la nutrition de concert avec celle de l'aliénation mentale promet des chances de guérison; l'inverse, *mutatis mutandis*, constitue une mauvaise condition.

L'incurabilité s'annonce par l'intensité des hallucinations de l'ouïe, l'invention des néologismes, l'adoption d'un langage et d'un costume bizarres, la tendance aux déguisements, l'affectation d'attitudes spéciales. La démence procède de l'incohérence, de la persistance des illusions sans excitation, de la gloutonnerie. M. Stedman analyse scrupuleusement les divers

tableaux morbides qui entrent en ligne de compte au point de vue du pronostic.

Une difficulté se présente en ce qui concerne la justification de la dénomination de l'état aigu ou de l'état chronique. Il existe, comme en médecine générale, des affections mentales dès l'abord chroniques, telles l'imbécillité, la dégénérescence mentale, la folie systématisée et les maladies chroniques du cerveau. Mais autrement la chronicité relève de l'affaiblissement progressif des facultés à la suite de la mélancolie et de la manie aiguës, de l'épilepsie, des ictus ou dans la folie chronique. La considération de la durée, de la démence secondaire, sont les guides rationnels. Dans les maladies matérielles, la gravité, l'intensité des symptômes est le principal facteur de l'acuité; chez les aliénés, de violents symptômes maniaques peuvent être aussi bien fonctionnels dans les cas aigus que dans les cas chroniques. Dans la pratique, on peut dire qu'une psychose aiguë dure en moyenne 12 mois; dans ces conditions, en Pensylvanie et en Angleterre, on a relevé de 6,5 à 12,3 0/0 d'affections aiguës; à côté de cela, 25 années de statistique au Massachusetts ont fourni 1.469 guérisons, ou 21 0/0, de maladies mentales ayant duré plus d'un an, mais n'ayant pas persisté trois ans. Il importe de s'en préoccuper, afin de ne pas risquer de taxer d'incurabilité des aliénés qui eussent pu guérir; on agira, par suite, sagement, en continuant à traiter comme aigus des malades atteints depuis 18 mois.

VIII. — L'âme du criminel; par M. De Fleury. (Paris, in-18 1898, F. Alcan, éditeur.)

VIII. — Dire avec simplicité et clarté l'essentiel de nos connaissances les plus récentes et les plus fermes sur la structure et le fonctionnement du cerveau de l'homme, et tâcher d'entrevoir dans quelle mesure les notions nouvelles (celles désormais hors de conteste) sont susceptibles de modifier les idées reçues, les idées courantes sur le crime, le criminel et la législation pénale. Tel est le but de l'auteur. Il examine pour cela le problème en trois points : I. Le cerveau de l'homme et le libre arbitre. — II. Le déterminisme et la responsabilité. — III. Les conséquences pratiques.

I. — De l'anatomie et de la physiologie modernes il croit légitime d'établir que la bête en nous, c'est un puissant désir, une véhémente vibration nerveuse sensitive; venue jusqu'à l'écorce grise, elle s'y réfléchit immédiatement, avant que les collatérales aient eu le temps de mettre en éveil les régions avoisinantes. L'âme triomphe sur nos mauvais instincts, quand au contraire la vibration, se diffusant, va ressusciter dans toute la substance grise les notions utiles au bien commun, les idées sages, les apaisantes images mises en nous par nos éducateurs. La sauvagerie impulsive, c'est une onde nerveuse qui s'écoule en longueur; la raison dominatrice, c'est la même énergie qui s'étale en surface.

Nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu. — La personnalité n'est ni une, ni indépendante. Tout nous vient de l'expérience, de l'éducation, y compris les tendances physiques et psychiques que nous héritons de notre race. Notre personnalité n'est pas autre chose que le total énorme de nos sensations passées, sans cesse tenu en éveil par des sensations nouvelles, plus un certain degré de tonicité nerveuse, d'activité vitale qui nous fait vigoureux ou faibles d'esprits. L'unité et la continuité du Moi, que nous croyons percevoir, est une illusion provenant de la ressemblance à nous-mêmes que nous donnent nos habitudes, celles-ci nous faisant accomplir *automatiquement*, selon la loi du moindre effort, les actes déjà commis. L'accoutumance nous fait agir conformément à notre caractère, lequel se constitue de nos tendances héréditaires, des images mises en nous par la vie quotidienne, et des habitudes, bonnes ou fâcheuses, auxquelles s'est asservi notre cerveau. Cette personnalité peut être modifiée, déformée, transformée, soit par rétrécissement du champ de la conscience (P. Janet), soit par épuisement ou excitation (émotions); un groupe de cellules accapare alors à lui seul l'énergie de l'ensemble et le reste de l'écorce demeure insensible, inactif, avec ses cellules ratatinées, ses collatérales rétractées comme dans le sommeil, ou bien nous subissons des vibrations si violentes, ces vibrations vont éveiller, pour les dilacérer brutalement, des notions si bien ancrées, des associations d'idées si invétérées, des habitudes de l'esprit si enracinées, qu'il s'ensuit de l'accablement, du surmenage (tristesse) ou qu'elles entraînent l'impulsion à agir (excitation).

Pour inhiber un acte impulsif malhonnête, il faut l'intervention des collatérales qui éveillent les images salutaires confiées par l'éducation à la mémoire; il faut, grâce à l'éducation et à l'instruction, que l'intensité des images salutaires l'emporte sur l'énergie des appétits brutaux. Le cerveau sert alors de théâtre à une lutte entre le désir et la mémoire, à un combat entre des motifs, dont le plus fort triomphera, mais c'est un théâtre conscient qui donne lui-même le ton, l'allure, au drame, suivant son état. Pour vouloir en toute plénitude, il faut posséder un cerveau bien nourri, tendu à un degré moyen, capable d'impulsions vives, mais doué d'une heureuse mémoire, suffisamment meublée pour tempérer les impulsions. Enseignons donc au jeune homme cultivé que, s'il a conscience de ses imperfections et s'il en souffre, il peut, par entraînement, par habitude, par tous les chemins de l'éducation, au besoin par les stimulations méthodiques ou les calmants du système nerveux (*médecine de l'esprit*), évoluer progressivement vers le bien, et se préserver de devenir méchant.

II. — Crime et châtiment sont des conceptions de l'état de société. Le remords n'est que l'accablement qui succède à l'excès d'excitation qui a engendré le crime : fatigue profonde, avec retour à la normale du champ de la conscience momentanément rétréci, la criminalité étant surtout passionnelle. L'idée de justice procède de la sensation d'équilibre rétabli par la force, libératrice de celui qui souffre; de là est né, par un examen ultérieur, le sentiment intime du mérite et du démérite. Il n'y a pas de responsabilité morale, en vertu du mécanisme précédemment exposé, et le criminel appartient à la pathologie nerveuse, puisqu'il est le résultat d'une hérédité maladive et d'une mauvaise éducation. La justice doit donc s'affranchir du sentiment de haine qu'elle lui garde. La théorie de la hiérarchie des peines actuelles ne vaut donc pas mieux que la méthode de Lombroso, Garofalo, Paulhan, Tarde. Mais l'installation des hôpitaux-prisons pour les criminels à responsabilité atténuée (Magnan), la spécialisation des magistrats criminels (Cruppi), la règle de l'expertise médico-légale — en un mot la sérénité de la Loi basée sur l'Intelligence scientifique — voilà le but.

III. — A notre époque, la plupart des hommes méchants ont hérité, de parents non criminels eux-mêmes, mais névropathes ou intoxiqués, l'irritabilité chronique du système nerveux; la tendance aux paroxysmes; une singulière facilité à rétrécir le champ de leur conscience sur une idée fixe; l'impossibilité de réfléchir, de comparer leurs désirs, leurs impulsions naturelles à toutes les images de prudence, de sagesse, d'expérience équilibratrices; une extrême mobilité d'émotions; une oscillation énorme d'esprit d'origine neurasthénique; une misérable personnalité mimétique. Ces individus, dans un milieu pervers, sans instruction forte, saturés de la fâcheuse éducation de chaque jour, deviennent des criminels. Le médecin, uni à l'instituteur et à l'aumônier, a pour mission de les moraliser dans les hôpitaux-prisons, en leur présentant, dans des bâtiments aimables (nouvelles prisons), des images physiques et morales qui les engagent à l'honnêteté, la leur montrant plus profitable que le vice.

Quant à ceux qui sont tellement malades, ou criminels, c'est tout comme pour l'auteur, qu'ils ne sont plus capables que de nuire; qu'en fera-t-on? On s'en débarrassera par le plus puissant moyen d'intimidation pour ceux qui restent, par la peine de mort adoucie (électrocution), bien qu'on n'ait pas plus le droit de tuer ces incurables que les autres! Mais vraiment, ces incurables-là sont irritants parce qu'ils sont nuisibles! C'est là le point faible de l'argumentation de M. de Fleury.

En revanche quelles sont les mesures à prendre pour *raréfier la venue au monde d'êtres naturellement enclins à la malignité*? Et, ces êtres méchants une fois nés, pouvons-nous faire qu'ils ne deviennent pas malfaisants?

A. — *Lutte contre l'hérédité.* — Raréfaction des maladies infectieuses au moyen de l'hygiène. Lutte contre l'alcoolisme. Ne pas marier les enfants de criminels ensemble, sans aller néanmoins jusqu'à les émasculer.

B. — *Instruction et éducation.* — Elle devra être plus

étendue et mieux comprise; l'instruction primaire a diminué la criminalité sanglante; elle doit s'attacher à développer l'homme sur place et non à faire du fils de paysan un citadin manqué. On cultivera l'éducation par les milieux : œuvres des enfants moralement abandonnés, de l'Union française pour le sauvetage de l'enfance, de l'adoption, de patronages. On multipliera les soins spéciaux; médecine de l'esprit, dispensaires d'enfants nerveux; refuges et asiles pour gamins méchants et sournois. L'armée coloniale constituera un instrument puissant pour les rebelles majeurs. On emploiera à la sélection la Société de protection des engagés volontaires élevés sous la tutelle administrative.

IX. — Névroses et idées fixes: par R. Raymond et P. Janet. T. II. (Paris, in-8, 1898. F. Alcan, édit.)

IX. — Magnifique recueil d'observations très étudiées relatives aux troubles psychologiques dans les névroses et aux maladies qui semblent dépendre des idées. Il montre un grand nombre de symptômes qui se rencontrent plus fréquemment qu'on ne le croit dans la pratique médicale, puisqu'il s'agit des sujets qui se présentent à la consultation de la Salpêtrière. On y voit notamment que les troubles psychologiques, les altérations de la sensibilité et de la mémoire, les maladies de l'attention, de la volonté, de l'émotion surtout, jouent un rôle considérable dans les souffrances et dans les troubles organiques dont les malades viennent se plaindre. Classement des plus utiles de faits. Ce volume traite principalement des troubles de l'intelligence, de la volonté, du mouvement des membres, des idées fixes et des émotions systématiques qui semblent avoir en clinique une grande importance.

I. — *Première partie.* — 75 observations de *troubles psychiques*, très nettement disséquées : confusion mentale aiguë, aboulies, — délires cénesthétiques, — délires émotifs, — attaques de sommeil, — somnambulisme et fugues.

II. — *Seconde partie.* — 77 observations de *troubles somatiques*. Ce sont : troubles de la sensibilité, — tremblements et chorées, — tics, — paralysies, — contractures, — troubles du langage, — spasmes viscéraux, — troubles vasomoteurs et trophiques, — kyste parasitaire du cerveau.

C'est dans ces galeries-là que l'on apprend la médecine.

X. — The Mental Affections of Children, idiocy, imbecility and insanity; par W.-W. Ireland. (London et Edimbourg, in-8°, 1898, Churchill, R.-J. Thin, editeur.)

X. — Les trois premiers chapitres sont consacrés aux définitions, aux statistiques, aux causes.

Le chapitre 4, relatif à la *classification*, impose l'attention. L'auteur conserve celle qu'il a fait connaître en 1872, il y tient, dit-il, compte des causes les plus immédiates de l'idiotie, de l'état mental et de l'état pathologique, des similitudes morbides et des lacunes mentales. Il distingue ainsi : une *genetous idiocy* — une idiotie microcéphalique, hydrocéphalique, éclamptique, épileptique, paralytique, traumatique, inflammatoire (encéphalitique), scléreuse, syphilitique — le crétinisme (endémique ou sporadique) — l'idiotie par privation (*deprivation*). Jetons-y un coup d'œil.

La *genetous idiocy*, que M. Ireland appelait autrefois congénitale, provient de la vie intra-utérine, sans qu'on en connaisse bien le mécanisme. Elle comprend les cas où la lésion l'emporte sur les lacunes mentales, avant la naissance même. La présomption héréditaire y est bien plus forte que dans d'autres formes. Souvent, il y a eu accouchement prématuré, à la suite d'une émotion; quelquefois dans la famille il y a pluralité d'enfants idiots. Les affections constitutionnelles, au premier rang, la scrofule y joue un rôle; le rachitisme aussi. La vitalité de l'enfant est toujours médiocre; les deux tiers meurent de consomption. Les variétés mongoliques et amaurotiques sont l'objet de sous-chapitres spéciaux (chapitre 5).

L'*idiotie microcéphalique* (chapitre 6) comprend la microcéphalie générale ou partielle; certaines parties de l'encéphale peuvent être anormalement petites ou tout à fait absentes, mais, en général, c'est la petitesse d'ensemble des hémisphères qui constitue l'anomalie. Souvent il y a lésion et maladie du cerveau. Atavisme. Aztèques. L'homme-oiseau. Types curieux. Faut-il reséquer le crâne : pauvre traitement! (Bourneville.)

Idiotie hydrocéphalique (chapitre 7). — L'hydrocéphalie est la plus meurtrière des affections nerveuses de l'enfance; elle en tue beaucoup; quelques-uns conservent la vie sans perdre leurs facultés; un petit nombre subsistent et deviennent idiots. Faut-il ponctionner? (Opinion de Bourneville.)

Idiotie éclamptique (chapitre 8). — Elle survient, soit chez une famille saine, soit à la suite de causes inévitables excitantes. Les convulsions peuvent se produire dans l'utérus même, avant la dentition, quelques jours après la naissance; elles émanent parfois du travail de l'accouchement.

Idiotie épileptique (chapitre 9). — Il est des cas ou l'épilepsie semble être la cause de l'idiotie. Inversement, l'idiot congénital est sujet à des attaques d'épilepsie, sans que cette complication ait d'effet sur l'altération mentale. Mais il est difficile de tirer une ligne de démarcation entre l'idiotie épileptique et la démence épileptique. D'autre part, l'épilepsie héréditaire se manifeste d'aussi bonne heure que l'épilepsie non héréditaire. Les cas les plus favorables au point de vue du traitement sont ceux où l'épilepsie apparaît après la cinquième année.

Idiotie paralytique (chapitre 10). — La paralysie qui accompagne l'idiotie a évidemment une origine cérébrale. Les lésions cérébrales de la paralysie peuvent être intra-utérines ou post-utérines; les premières procèdent d'altérations très destructives, l'accouchement difficile ou prématuré est quelquefois alors noté. Essai de quelques localisations. Sous-chapitres sur la diplégie cérébrale, la porencéphalie.

Idiotie traumatique (chapitre 11). Se distingue de l'idiotie inflammatoire en ce que l'inflammation n'y est que la suite d'un coup sur la tête. Celui-ci, si petit soit-il, a lésé directement le cerveau. Cette lésion peut être très étendue comme dans l'idiotie inflammatoire, mais d'ordinaire elle se confine autour du lieu sur lequel agi le traumatisme, quelle que soit la variété de l'instrument qui a frappé.

Idiotie inflammatoire (chapitre 12). — L'inflammation varie en degrés et en étendue; elle se rattache souvent à des lésions de l'oreille interne (abcès du cerveau ou inflammation du cerveau consécutifs), à quelque fièvre de la première enfance. Elle est antérieure aussi à la naissance. Sous-chapitres : atrophie du cerveau, idiotie hypertrophique.

Idiotie scléreuse (chapitre 13). — (Bourneville.)

Idiotie syphilitique (chapitre 14). — La syphilis est cependant rarement une cause d'idiotie (Fletcher Beach, Langdon Down et Kerlin).

Crétinisme (chapitre 15). — Question très complexe à laquelle on sait quels noms rattacher; on les y trouvera dans ce livre, y compris les maîtres français. Sous-chapitres : idiotie crétinoïde, pachydermique, crétinisme sporadique.

Idiotie par privation (chapitre 16). — Etat mental en rapport avec les privations des principaux sens, tels que la vue et l'ouïe, qui simule tout au moins l'idiotie. Types; notamment, le fameux cas de Meystre.

Après des considérations non moins savantes sur la croissance et la mortalité des idiots (mains, etc.), réservées au chapitre 17, M. Ireland traite de *la folie chez les enfants et des fous idiots*. La physiologie spéciale de l'enfant en fait un être différent de l'homme; aussi les anomalies de fonctionnement de son cerveau exagèrent surtout ses défauts, et principalement sa convulsibilité. Quand, à un certain âge, il est capable de présenter des désordres proprement dits des facultés mentales, il s'y joint toujours quelque idiotie. La folie vraie appartient à une époque plus tardive, en rapport avec l'acquisition des idées. L'auteur examine, par suite, par ordre : la folie avec idiotie, la folie avec imbécillité, l'imbécillité morale; quant à la folie non compliquée d'idiotie, chez l'enfant, elle est tellement rare qu'il est difficile d'en préciser les symptômes et les formes : descriptions d'après Emminghans et Moreau (de Tours).

Les *lacunes mentales et sensorielles chez les idiots*; la *meilleure méthode d'éduquer idiots et imbéciles*, avec de nombreux détails persuasifs sur l'application de la méthode de Séguin; les *lois sur l'idiotie dans les divers pays*; la description des *enfants sauvages* (Wolf Coys) complètent ce traité, illustré à profusion, où tout nous paraît bien à sa place et judicieusement réparti.

P. Kéraval.

BIBLIOGRAPHIE

Fonctions des glandes surrénales; par le Dr R. Arthur Clopatt.

L'obscurité dans laquelle sont restées les fonctions des glandes surrénales commence peu à peu à se disperser, grâce aux recherches des dernières années. L'auteur rend compte de l'état actuel de cette question et expose les vivisections et observations faites par lui sur des lapins et des chiens. Il décrit d'abord la construction microscopique de ces glandes et les résultats obtenus par les recherches embryologiques. Selon elles, il existe une connexion entre le développement de certaines parties du système nerveux central et les glandes surrénales, prouvée par le fait que les glandes restent plus petites ou sont arrêtées dans leur développement chez les embryons, dont le cerveau ou la moitié antérieure de ses hémisphères manque. Pourtant les vivisections ont fourni les éclaircissements les plus importants. On a pratiqué ces expériences de deux manières : ou on a pratiqué des injections de l'extrait de ces glandes en injections sous-cutanées ou dans les veines. Les suites de l'extirpation des glandes surrénales sont l'apathie progressive, l'amaigrissement, la débilité, le coma, enfin la mort. L'autopsie a montré des changements graves dans le système nerveux central à savoir : destructions des tubes nerveux et des cellules ganglionnaires ainsi que des hémorragies, aussi bien dans le cerveau que dans la moelle épinière.

Après l'*extirpation* des glandes surrénales on trouve aussi des anomalies remarquables : abaissement de la pression du sang, fréquence de la respiration et du pouls. Ces phénomènes peuvent être modérés ou par l'injection dans l'organisme de l'extrait aqueux des glandes surrénales, ou en cousant sous la peau des morceaux frais de la glande.

Après cet exposé, l'auteur rend compte de quelques expérimentations faites par lui au laboratoire de physiologie de Helsingfors. Il a opéré avec des injections. Comme matière à injecter il a pris des glandes surrénales fraiches de cochon qu'il a fait sécher et pulvériser. La poudre fut mêlée avec une solution de chlorure de sodium (1/10) et filtrée.

Par l'injection intraveineuse de l'extrait glandulaire, la respiration devient plus superficielle et plus fréquente. Le phénomène de Cheyne-Stokes est quelquefois remarquable. L'auteur a aussi injecté des extraits de foie, de rate et de reins, mais avec des résultats négatifs.

Une partie de l'effet de l'extrait glandulaire est due à l'entremise du système nerveux central, une autre partie à l'affection directe. Enfin les reins succenturiés sont des glandes munies d'une sécrétion intérieure nécessaire pour la vie. Leur fonction générale consiste dans la sécrétion des substances capables de soutenir et d'augmenter le tonus du cœur, des vaisseaux et des muscles du squelette. (*Nord. Medic. Arkiv.*)

Les barêmes A & B de la loi du 15 juillet 1893; par Georges Rondel et Ernest Joly, contrôleurs des services de l'Assistance médicale gratuite au Ministère de l'Intérieur. (In-8, Paris, 1899) (1).

L'idée de cette brochure est née de la phrase suivante du premier rapport général du conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, sur l'exécution de la loi du 15 juillet 1893 : « Le contrôle sera nécessairement réciproque, le département pouvant faire surveiller l'exécution de la loi dans la commune et pouvant aussi présenter des observations sur le chiffre de la subvention de l'Etat, *de même que la commune est admise à critiquer le contingent mis à sa charge par le service départemental.*

Ce contrôle, qui s'exerce aussi bien dans les services de pensions aux vieillards et aux incurables institués en exécution de l'article 43 de la loi du 29 mars 1897, vise surtout l'exacte application des barêmes A et B, dont les pourcentages superposés laissent à la charge des collectivités inférieures (communes et départements) une part contributive variant, suivant les espèces, entre 99 0/0 et 44 0/0 de la dépense d'origine communale. La variété des cas est multiple ; la connaissance de certains est complexe ; afin d'être renseigné d'une manière précise sur le mécanisme des subventions, il importe de connaître les règles générales de la proportionnalité. A cet effet, cet opuscule présente une première partie doctrinale qui résume, en quelques pages, la théorie des subventions obligatoires, et qui expose l'état actuel de la législation sur ce point.

La seconde partie se compose exclusivement de tableaux et de notes pratiques formant un véritable outil de travail. Les autorités locales (membres des conseils électifs, fonctionnaires et employés des administrations) y trouveront les moyens de se rendre compte, par un calcul très simple, de la répartition entre la commune, le département et l'Etat de toute dépense, soit d'assistance médicale, soit de pensions aux incurables ou aux vieillards qu'elles seront sur le point d'engager ; puis, une fois le service exécuté, elles s'y reporteront avec avantage, pour être à même de vérifier rapidement si la fixation du contingent auquel l'autorité supérieure leur demandera d'acquiescer ne se trouve pas entachée d'erreur à leur détriment.

(1) Brochure de 32 pages dont 15 de tableaux, traitant de la proportionnalité des subventions obligatoires en matière de dépense d'assistance et facilitant le calcul des subventions pour l'assistance médicale gratuite comme pour l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables.

VARIA

Association des Médecins de la Seine.

L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession, a tenu sa soixante sixième Assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 73.132 francs dont 16.245 fournis par les cotisations, 17.286 par les dons et legs et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru cinq sociétés, 58 veuves ou familles de sociétaires, enfin 37 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, deux pensions viagères de 1.200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 50.000 francs. Une somme de 19.600 francs a été versée au fonds de réserve. A la fin de la séance, ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice ; ont été élus :

Président, M. Brouardel; *Vice-présidents*, MM. Guyon et Fernet; *Secrétaire général*, M. Barth. (*La Revue Philanthropique* du 10 septembre 1899.)

La Peste.

Nous relevons, dans les journaux de cette semaine, les dépêches suivantes au sujet de la propagation de la peste :

La peste en Portugal.

Oporto, le 16 septembre. — Il y a eu, pendant la dernière quinzaine, 19 décès de moins que pendant la quinzaine correspondante de 1898. Cette semaine, 2 cas de peste et 3 décès seulement ont été enregistrés. Le gouverneur a eu une conférence, hier, avec les consuls d'Allemagne, d'Italie et d'Espagne sur la question du jour. Il a l'intention d'établir à Leixoes une zone neutre pour y déposer les marchandises. On a arrêté aujourd'hui un rédacteur de la *Colonie espagnole* qui avait critiqué les mesures sanitaires. On croit qu'il sera reconduit à la frontière. La mission française, qui restera probablement encore une semaine à Oporto, continue à expérimenter avec succès le sérum de l'Institut Pasteur. Les médecins norvégiens visiteront aujourd'hui le laboratoire municipal et l'hôpital des pestiférés.

Oporto, le 17 septembre. — On n'a constaté aujourd'hui, à Oporto, aucun cas de peste. La colonie allemande a offert hier un banquet aux bactériologistes Aaster et Geirswald. Les médecins norvégiens qui font des expériences au laboratoire municipal, resteront à Oporto une quinzaine de jours.

Oporto, le 18 septembre. — Un cas de peste a été constaté

aujourd'hui. Les médecins Franz et Rumpel, venant de Hambourg pour étudier l'épidémie, sont arrivés ce matin. Est arrivé aussi M. Henri Mouton, médecin de l'hôpital Saint-Louis-des-Français, à Lisbonne. Le médecin anglais Shadwel est parti, ce soir, de Lisbonne et se rend en Angleterre.

Oporto, le 19 septembre. — Hier, on a constaté un cas de peste. Quelques commerçants ouvrent leurs magasins. Hier soir, la foule a lancé des pierres contre les voitures des médecins qui allaient faire l'autopsie d'un cadavre ; elle a également lapidé une voiture de désinfection. Deux médecins portugais ont été blessés légèrement; trois individus ont été arrêtés. L'Association commerciale a ouvert une souscription pour l'assainissement de la ville. La première liste atteint 13.750 fr.

Oporto, le 20 septembre. — Dans l'agression d'hier contre les médecins, le docteur français Saimbeni a été contusionné au genou. Les consuls étrangers ont protesté auprès des autorités locales.

La peste à l'île Maurice.

Londres. — On mande de l'île Maurice : « Lorsque l'on apprit, à Saint-Louis, que la peste avait éclaté dans l'île, il y a eu une véritable panique. Depuis la déclaration de la maladie dans l'île jusqu'à la fin de juin, il y a eu 43 cas, dont 35 suivis de décès.

La peste en Egypte.

Alexandrie, le 19 septembre. — La quarantaine a été supprimée. Il y a eu 90 cas de peste et 44 decès.

La peste en Afrique australe.

Lisbonne, le 19 septembre. — Les journaux publient une note officieuse confirmant la nouvelle de la réapparition de la peste à Magude, près de Lourenço-Marqués. Toutes les mesures ont été prises. Le village de Pombacas a été isolé et toutes les maisons ont été brûlées.

La peste en Chine.

Londres. — Le ministre des colonies a reçu un télégramme de Hong-Kong annonçant que 18 cas de peste et 20 décès se sont produits dans cette ville, la semaine passée.

La peste au Paraguay.

Buenos-Ayres. — La peste bubonique s'est déclarée à Assomption.

Montevideo, le 19 septembre. — La commission sanitaire, qui a été envoyée à Assomption, confirme l'épidémie de peste dans cette ville.

Les religieuses et leurs Etablissements d'assistance.

Il est curieux de voir faire le procès des établissements d'assistance tenus par des religieuses par les ennemis de la laïcisation. Nous nous contenterons des quelques citations suivantes empruntées à un article de M. Jean de Bonnefon, qui n'est pas suspect de sympathie pour les laïques (*Journal* du 18 septembre 1899).

Il s'agit de l'orphelinat des religieuses du Bon-Pasteur de Nancy :

« Ces religieuses, qui dépensent sans contrôle, et pour des constructions en partie inutiles, plus d'un demi-million en quelques années, non seulement ne donnent pas l'aumône aux pauvres, qui sont repoussés de parti pris de la porte de leur maison, mais violent, à l'égard des jeunes filles qu'elles reçoivent, non seulement les règles de la charité, mais les règles de la justice et bien d'autres lois encore...

« Dans tous les orphelinats et toutes les maisons où les jeunes filles sont recueillies sous le couvert de la charité et où elles travaillent, comme dans les maisons du Bon-Pasteur, même dans les maisons tenues par des laïques non chrétiennes, on donne à ces jeunes filles, quand elles sortent, un peu d'argent et un petit trousseau...

« Au Bon Pasteur de Nancy, on ne leur donne rien, même après qu'elles ont travaillé et gagné beaucoup d'argent à la maison pendant cinq, dix, vingt ans. On les met à la porte sans ressources, sans s'occuper de leur trouver une place, sans les engager à revenir voir leurs maîtresses (ce qui se fait dans toutes les maisons de ce genre). Ces jeunes filles, parmi lesquelles il en est qui n'ont point de parents ou qui ont des parents incapables de les aider et de les diriger, sont livrées à tous les périls, à toutes les séductions dès le moment de leur sortie et plus tard. Parmi les soixante jeunes filles que ces religieuses ont renvoyées depuis une année, toutes (à l'exception de deux ou trois auxquelles on a donné un peu d'argent à cause de mes réclamations et de mes protestations) ont été renvoyées dans ces conditions. Il en est auxquelles j'ai dû donner des secours et qui m'ont déclaré qu'on cherchait à les entraîner dans des maisons de prostitution...

« Il y a là une question non seulement de charité pour les âmes, une question de moralité, une question de justice, car l'argent que les religieuses jettent dans leurs constructions est gagné en très grande partie par ces jeunes filles. Il y a là, au point de vue de la perte presque fatale de ces jeunes filles, des crimes qui crient vengeance...

« Les religieuses n'ont d'autre but que de gagner de l'argent. En rendant la sortie de ces jeunes filles plus difficile, en ne leur donnant rien quand elles veulent sortir, elles peuvent garder longtemps et même toujours les plus habiles, et spéculer sur leur habileté et leur travail.

« Parmi les travaux de broderie, il est des draps de lit et linges personnels, chemises, etc... qui sont d'un tel luxe et d'un tel prix, et d'une telle facture et d'une telle forme, que, d'après des femmes très respectables que j'ai interrogées, ces draps et ces linges ne peuvent servir qu'à des courtisanes ; aucune femme honnête, parmi les plus riches, les plus élégantes et les plus mondaines, ne se sert de draps de lit et de linge de ce genre.

« Quelqu'un a fait à la supérieure locale des observations sur ces travaux ; elle a répondu :

« Ce sont les travaux sur lesquels nous gagnons le plus. » Et elle n'a tenu aucun compte de l'observation.

« On fait travailler ces jeunes filles, ou au moins un très grand nombre d'entre elles, chaque jour plus longtemps que ne le permettent les lois civiles, et quand l'inspecteur du travail des enfants demande à visiter la maison, on fait disparaître des salles de travail les jeunes filles qui n'ont pas 12 ans ; on demande à d'autres de sacrifier pendant plusieurs mois de l'année une partie de leurs récréations sous prétexte que le travail est pressant, et on leur fait à cette occasion des promesses que l'on ne tient pas. Il suffirait de la dénonciation de quelque jeune fille sortie de la maison pour que l'autorité civile sévît contre les religieuses .. »

A lire ces lignes, on les dirait émanées de quelque laïcisateur ardent que les gens dits bien pensants traitent si facilement de sectaires. Erreur ! ce réquisitoire est signé : CHARLES-FRANÇOIS, ÉVÊQUE DE NANCY, et est adressé au cardinal préfet du tribunal de la Congrégation. Voici du reste la conclusion de l'évêque de Nancy, M. Turinaz :

« Je suis porté à croire que ce qui se passe ici, se passe dans une mesure plus ou moins large, dans un grand nombre de maisons de cette Congrégation, peut-être dans toutes, car, si la maison de Nancy faisait exception, la provinciale et la supérieure générale auraient été indignées et auraient pris immédiatement, sans attendre mes réclamations, tous les moyens de rappeler à l'ordre la maison de Nancy. Si elles résistent à toutes les instances, c'est qu'elles approuvent ce qui se fait ici. »

Nous ne voyons pas pourquoi l'évêque de Nancy s'adresse au tribunal de Rome. N'y a-t-il pas en France de bonnes et justes lois pour la répression des exploitations de ce genre et sur le travail des mineures? Les magistrats français craindraient-ils aujourd'hui de poursuivre ces malhonnêtetés congréganistes pour en laisser le souci aux prélats italiens?

Le testament de Mme la baronne de Hirsch.

Ce testament comprend les donations suivantes à des œuvres charitables ou sociétés de bienfaisance.

3 000.000 de francs dont le revenu doit servir à habiller et nourrir les enfants pauvres des écoles de « l'Alliance israélite universelle de Paris; 6.000.000 de francs à l'Œuvre Hirsch, à New-York, pour l'entretien des différentes institutions charitables fondées par son mari; 3 000.000 de francs à l'Œuvre des gardes israélites de Londres; 600.000 francs à l'Œuvre Hirsch,

à Montréal (Canada); 3.000.000 de francs à l'asile des ouvriers israélites de New-York; 5.000 000 de francs aux œuvres Hirsch, de Galicie, dans la Bukovine et Lodomérie, pour que le revenu serve à nourrir et habiller les enfants pauvres des écoles israélites; 6.000.000 de francs pour la construction et l'entretien de ces mêmes écoles; 5,000.000 de francs au comité de bienfaisance israélite de Paris; 4.000.000 de francs à l'école normale israélite orientale de Paris, dont le revenu doit être employé à l'entretien et au développement de cette école, aux honoraires des professeurs, à l'entretien et l'habillement) des enfants; 3.000.000 de francs pour la création d'un fonds pour servir des pensions aux professeurs de cette même école et ensuite à leurs veuves et à leurs orphelins; 1.000.000 de francs à la Société philanthropique de Paris; 10.000.000 de francs à « l'Association pour la colonisation israélite », dont le siège est à Londres, à condition que le revenu soit attribué à l' « Alliance universelle israélite à Paris » et à d'autres œuvres charitables israélites; 1.000.000 de francs à l'école Lucien de Hirsch, à Paris, rue Secrétan; 2.000.000 de marcs à l'école israélite de Jérusalem; 2.000.000 de francs à l'œuvre créée par la baronne de Hirsch, à l'occasion du jubilé de l'empereur d'Autriche, pour venir en aide aux garçons et aux jeunes filles pauvres de Vienne et d'Autriche; 1.500.000 francs à la même œuvre pour distribuer de petites aumônes; 6.250.000 francs à différentes universités; 6.750.000 francs à différentes œuvres de charité.

Soit, rien qu'en dons charitables, la jolie somme de soixante-neuf millions cent mille francs! (*L'Assistance publique.*)

Parmi les dons de Mme de Hirsch, signalons celui de deux millions fait à l'Institut Pasteur de Paris pour la création d'un *Institut biologique*. Cet institut, qui est construit rue Dutot dans les dépendances de l'Institut Pasteur, porte en lettres d'or l'inscription : Fondation baronne de Hirsch. — De nombreux Congrès scientifiques s'y réuniraient, dit-on, en 1900.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Jules SIMON.

Nous avons publié dans notre dernier numéro, un article nécrologique sur le regretté médecin de l'hôpital des Enfants, M. Jules Simon. Dans cet article, en termes émus, notre collaborateur Paul-Boncour a mis en relief les brillantes qualités de cœur et d'esprit du maître qui l'honora de son affection. Nous tenons à rappeler aujourd'hui la part active que M. Jules Simon prit à la rédaction de ce journal, où il publia une série de savants articles et où il édita deux volumes de *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants* qui, en peu de temps, nécessitèrent trois éditions successives.

Voici la liste des principaux travaux publiés par M. J. Simon dans notre journal : Digitale; maladies du cœur chez l'enfant (1879); — De la fièvre typhoïde chez les enfants (1881); — De l'alcool; — Des bains de mer; — De l'iode et de ses dérivés (1882); — De l'irritation cérébrale; — Du fer chez les enfants; — De la noix vomique; — De l'emploi des eaux minérales françaises chez les enfants; — De la diarrhée chez les enfants (1885); — Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants, 2 vol., etc., etc.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr KHUFF (de Paris) à l'age de 52 ans. Né à Strasbourg, ancien préparateur de Broca à l'Ecole d'anthropologie, chevalier de la Légion d'honneur, le Dr Khuff était universellement estimé dans le corps médical parisien. Il consacrait ses loisirs à la défense des intérêts professionnels et présidait la Commission des intérêts militaires à l'Union des syndicats médicaux de France.

On annonce la mort de M. TAULIER, sénateur républicain de Vaucluse, chevalier de la Légion d'honneur, décédé subitement à Avignon. M. Taulier, âgé de 52 ans, était un ancien médecin de la marine militaire, médecin en chef des hôpitaux d'Avignon. Il se présenta, le 1er avril 1894, à l'élection sénatoriale et fut élu contre M. Gaillard, ancien député.

Le Dr Charles STŒRK, professeur de laryngologie à l'Université de Vienne, vient de mourir à l'âge de 67 ans. Charles Stœrk était né en 1832 à Budapest; il commença ses études dans sa ville natale, puis vint les continuer à Vienne. Il aida son maître, le Pr Tuerk, à développer l'art alors nouveau de la laryngoscopie. En 1875, il fut nommé professeur à l'Université de Vienne. Il inventa de nombreux instruments spéciaux et écrivit plusieurs livres très remarquables. Dans le différend qui survint entre les professeurs qui soignèrent à San-Remo le prince impérial, plus tard Frédéric III, Stœrk prit parti contre son élève Mackenzie et provoqua une grande sensation quand, à son cours, il déclara le traitement de ce dernier comme antiscientifique. (*Le Temps.*)

FORMULES

XXIV. — Contre le prurit.

Salicylate de méthyle		2 grammes.
Oxyde de zinc	ãã	20 —
Vaseline		

(Leredde.)

XXV. — Contre la coqueluche.

Résorcine	2 grammes.
Antipyrine	1 —
Teinture d'opium	III gouttes.
— de belladone	VIII —
Sirop de codéine	10 grammes.
— de cèdre	20 —
Eau distillée	70 —

Toutes les deux heures ou toutes les heures par cuillerées à café au-dessous de 1 an, par cuillerées à dessert de 1 an à 3 ans, et par cuillerées à soupe au-dessus de 3 ans. (Concetti).

XXVI. — Cachets a la créosote.

Créosote	ãã	0 gr. 10 centigr.
Benjoin		
Poudre de charbon végétal		0 — 60 —

(Maurange.)

NOUVELLES

NATALITE A PARIS. — Du dimanche 3 sept. au samedi 9 sept. 1899, les naissances ont été au nombre de 1127, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 417, illégitimes, 167. Total, 584. — *Sexe féminin* : légitimes, 377, illégitimes, 166. Total, 543.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 3 sept. au samedi 9 sept. 1899, les décès ont été au nombre de 814, savoir : 409 hommes et 405 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 13. T. 21. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 4. T. 7. — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 2. F. 4, T. 6. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 89, T. 193. — Méningite tuberculeuse : M. 5, F. 6, T. 11. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 3, T. 8. — Tumeurs bénignes : M. 9, F. 3, T. 12. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 32, T. 53. — Méningite simple : M. 8, F. 8, T. 16. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 15, F. 11, T. 26. — Paralysie, M. 5, F. 1, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 26, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 4, T. 8. — Bronchite chronique : M. 6, F. 5, T. 11. — Broncho-pneumonie : M. 12, F. 13, T. 25. — Pneumonie : M. 10, F. 12, T. 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 9, F. 14, T. 23. — Gastro-entérite, biberon : M. 32, F. 35, T. 67. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 5, T. 10. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 8, F. 9, T. 17. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 6, T. 18. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale, M. 11, F. 15, T. 26. — Sénilité : M. 10, F. 12, T. 22. — Suicides : M 10, F. 3, T. 13. — Autres morts violentes : M. 13, F. 3, T. 16. — Autres causes de mort : M. 54, F. 57, T. 111. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 3, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 55, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 17, illégitimes, 11. Total : 28. — *Sexe féminin* : légitimes, 13, illégitimes, 14. Total : 27.

CONGRÈS DES MÉDECINS DU P.-L.-M. — Le Congrès des médecins de la Compagnie P.-L.-M. s'est tenu à Besançon; en voici le programme : Dimanche 10 septembre à 9 heures du matin, arrivé de 250 médecins accompagnés de leurs familles; visite de la ville de Besançon; à midi, banquet au restaurant du Casino des bains salins de la Mouillère; de 1 à 2 heures, concert par l'or-

chestre du Casino, sous la direction de M. G. Bergalone fils; de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2, concert au kiosque par l'Harmonie de la Société nautique, sous la direction de M. Véro; de 5 à 6 heures, concert dans le parc par l'orchestre du Casino. Le soir, à 8 h. 1/4, représentation de *Sapho*. A 10 heures, grand feu d'artifice illuminations, embrasement des jardins. Lundi 11 septembre, excursion au Saut du-Doubs par train spécial; retour à Besançon Mardi 12 septembre, excursion à Consolation, retour à Besançon ; le soir, à 8 h. 1/4, *Carmen*, avec le concours de Mme Cécile Cetten, de l'Opéra-Comique. Mercredi 13 septembre, excursion aux sources de la Loue, retour à Besançon. Jeudi 14 septembre, excursion à Mouthe (lac de Saint-Point); retour à Besançon et séparation des congressistes. (*Gaz. Méd. de Paris.*)

CONGRÈS DES MEDECINS ALLEMANDS. — La Société des naturalistes et médecins allemands tiendra son Congrès à Munich du 17 au 23 septembre. Le Congrès comporte 37 classes Les lectures en assemblée générale seront faites par MM. Nansen sur « les résultats de nos expéditions aux régions arctiques » ; Bergmann, sur « la radiographie dans les traitement des maladies chirurgicales » ; Foster, sur « les changements dans la conception astronomique du monde durant un siècle » ; Birch-Hirschfeld, sur « science et médecine » ; Boltzmann, sur « le récent développement des methodes de physique théorique » ; Klemperer, sur « Justus von Liebig et la medecine ». Il y aura une session spéciale des sections scientifiques, au cours de laquelle M. Chun décrira les résultats de l expédition allemande en mers profondes, tandis que MM. Bauschinger, Mehmke et Schlüke discuteront sur « la subdivision décimale du temps et des angles ». (*Revue scientifique* du 9 septembre 1899.)

NOUVEAU SERVICE D'OPHTALMOLOGIE. — Le Conseil municipal de Paris vient d'approuver la création d'un service d'Ophtalmologie dans l'un des hôpitaux de la region sud-ouest de Paris, et invite l'Administration à organiser ce service dans les locaux qui seront laisses libres à l'hôpital Necker par le transfert du service Civiale à l hopital Lariboisière, et ce, tout en maintenant les dépenses dans les limites du crédit prévu pour la même installation a l'hôpital Laennec. (*La Revue philanthropique* du 10 septembre.)

MÉDECIN DEPUTÉ. — Non content de s'appeler Empereur, le nouveau député de Moutiers ajoute à ce nom magnifique le prénom non moins magnifique de César. Le Dr César Empereur! N'est-il pas de la Savoie, et n'est-ce pas en Savoie, à Chambéry, qu'un établissement de bains est tenu par Mme Aricie Philhogyneanthrope, veuve d'Alexandre Legrand? (*Le Journal.*)

HOSPICES CIVILS DE SAINT-ETIENNE (LOIRE). — La commission des hospices civils de Saint-Etienne (Loire) prévient qu'il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon : 1° Le lundi 23 octobre 1899, un concours public pour deux places de médecin des hospices de Saint-Etienne ; 2° le lundi 6 novembre 1899, un concours public pour une place de chirurgien des mêmes établissements. Ces concours auront lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical, ils dureront cinq jours et se composeront de cinq épreuves. Les médecins-chirurgiens à nommer entreront en fonctions le 1er janvier 1900. Leur traitement est fixé à 2 000 francs par an. S'adresser pour tous renseignements au secrétariat des hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoit, 40.

LA SUTURE INTESTINALE CHEZ LES ANCIENS. — Les *Annales orientales de médecine et de chirurgie* rapportent que les Indiens, d'après Agie Veda de Susruta, pratiquaient la suture de l'intestin dans les cas de plaie pénétrante de l'abdomen. M. Terrier et M. Marcel Baudouin, dans leur livre sur « la Suture intestinale dans tous les temps », nous donnent des détails à ce sujet. Les anciens Indiens employaient pour cela des têtes de grosses fourmis noires On leur faisait mordre la plaie avec leurs mandibules, puis on séparait le corps de la tete. Ces fourmis seraient de l'espèce des scarites que la médecine populaire de Syrie emploie encore à notre époque.

SERVICE DE SANTE DE LA MARINE. — M. Bellot, médecin principal à Rochefort, nouvellement promu au choix, est affecté, à compter du 1er octobre 1899, au cadre de Cherbourg. — M. Denis, médecin de 1re classe à Lorient, est appelé à continuer ses services au port de Cherbourg. — M. Grognier, médecin de 1re classe, du port de Toulon, en période interrompue, est désigné pour remplacer à bord du *Nielly* (division navale de l'Océan Indien) M. le Dr Kieffer, rentrant en France pour cause de santé. M Grognier rejoindra sa destination par le paquebot partant de Marseille le 2[illegible] septembre courant.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés : *Officier d'Académie* : M. le Dr Gros, ancien médecin-major de 1re classe, médecin de la maison d'Ecouen. — *Officier de l'Instruction publique* : M. Weil, docteur en médecine à Paris.

INTOXICATION SATURNINE PAR LE PAIN. — En quelques jours, cinq décès se produisaient à Gan (Basses-Pyrénées), parmi la clientèle du meunier Larrieu, qui comptait, en outre, de nombreux malades. Les personnes âgées, surtout atteintes, succombaient à de violentes douleurs intestinales. Il vient d'être reconnu que ces morts étaient causées par une intoxication par le plomb; le meunier avait réparé ses meules, en effet, avec cette substance. L'enfouissement ou la destruction de toutes les farines provenant du moulin a été ordonné. (*Petit Parisien*, 19 août.)

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 39. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 30 SEPTEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

De la transfusion séreuse sous-cutanée dans les psychoses aiguës avec auto-intoxication ;

Par le Dr A. CULLERRE
Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon.

Les heureux effets obtenus depuis quelques années par la méthode des injections sous-cutanées de solutions salines à haute dose dans les intoxications et les infections m'ont encouragé à en faire l'essai dans les psychoses aiguës compliquées de symptômes graves d'auto-intoxication et ce sont les résultats de cette tentative thérapeutique que je désire exposer rapidement ici, mes observations, bien que peu nombreuses, me paraissant apporter néanmoins une contribution intéressante en faveur de la méthode.

Les cas dans lesquels j'ai eu recours aux grandes injections salines sous-cutanées appartiennent à la mélancolie, à la manie délirante et surtout à la confusion mentale. Il s'agissait invariablement de malades amenés presque *in extremis* par les familles, en proie à une agitation incoercible, émaciés et épuisés par l'inanition résultant du refus prolongé d'aliments, empoisonnés par la coprostase, aux sécrétions taries, à la bouche fuligineuse, au pouls misérable, avec mouvement fébrile plus ou moins accentué ; de ces malades, en un mot, dont on est tenté de dire, en les voyant, qu'il est trop tard, et qui, malgré nos efforts, succombent en général, dans une forte proportion, dans les premiers jours qui suivent l'admission. Mais il est évident que la méthode s'appliquerait aussi bien — ce que nous n'avons pas eu l'occasion de tenter jusqu'à présent — aux malades qui, en cours de traitement à l'Asile même, s'acheminent parfois, en dépit des soins dont ils sont l'objet, vers la terminaison fatale amenée par le marasme progressif, une complication viscérale ou une explosion de délire aigu.

La formule du liquide à injecter que j'ai adoptée est la solution de chlorure de sodium à 7 pour 1.000. Pour tout ce qui concerne la préparation de ce liquide et la technique des injections, je prie le lecteur de se reporter à la monographie que M. le Dr F. Lejars a publiée dans l'œuvre médico-chirurgicale du Dr Critzman (1). Je rappelle seulement que le liquide doit être aseptique et à une température voisine de celle du corps.

Pour pratiquer les injections, je me suis servi de l'appareil Potain armé de l'aiguille n° 2 introduite dans le tissu cellulaire sous-cutané du ventre, des cuisses ou de la fesse, après les précautions antiseptiques usuelles.

Les doses ont varié, suivant les cas, de 60 à 1 000 grammes. Au début, j'ai procédé avec une certaine timidité et ce n'est qu'à la suite de tâtonnements et de l'expérience acquise que j'ai employé les doses élevées. Lorsqu'il s'agit, en effet, de relever la pression sanguine, les faibles doses sont inefficaces et il faut au moins de 300 à 500 grammes de liquide ; parfois il faut aller jusqu'à 1.000 grammes. Jusqu'ici je n'ai pas eu l'occasion de dépasser cette dose, mais, en présence d'indications précises, je n'hésiterais pas à aller bien au-delà.

Ces injections, en effet, pourvu qu'on respecte les contre-indications tirées de l'état du cœur, des poumons et des reins, sont remarquablement inoffensives. A part la réaction qui en est la conséquence et qui s'accompagne d'une élévation de température, elles n'ont donné lieu à aucun accident général ni local. Le nombre des injections jusqu'ici pratiquées par moi s'élève à plus de 150 et les suites en ont toujours été normales. Le liquide se résorbe rapidement en ne laissant, pendant un ou deux jours, qu'un peu de sensibilité de la région qu'il a momentanément distendue.

Le mécanisme physiologique de l'action des injections est évidemment complexe; c'est un point sur lequel je ne veux pas insister. Je signalerai seulement les trois phénomènes qui en sont la conséquence immédiate : stimulation du système nerveux, relèvement de la pression sanguine, retour des sécrétions. Si l'on veut obtenir une simple action dynamogénique sur le système nerveux, les fortes doses ne sont pas nécessaires. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de provoquer le retour des sécrétions et le relèvement de la pression sanguine. Il faut alors avoir recours aux grandes injections qui provoquent un véritable branle-bas de l'éco-

(1) F. Lejars. *Le lavage du sang*, Paris 1897. Masson, éditeur.

nomie avec diurèse abondante et sueurs. Dans certains cas même, ces phénomènes, en ce qui concerne l'état général d'auto-intoxication, ont une véritable influence critique, et sont suivis du rétablissement des fonctions physiologiques normales.

Sans plus amples considérations générales, je passe à l'exposé de mes observations où se trouve tout l'intérêt de ce mémoire.

Observation I. — Veuve B..., 57 ans, admise le 28 février 1898. Aucun renseignement précis sur ses antécédents héréditaires. Depuis cinq ou six mois, son entourage avait remarqué chez elle de la tristesse, de l'inquiétude. Il y a cinq semaines, elle a contracté l'influenza et c'est à la suite de cette affection que se sont nettement manifestées les idées délirantes, mélancolie, idées de culpabilité, de ruine, d'indignité : elle a fait de mauvaises confessions, elle ira en enfer, etc. Quelques idées d'hypocondrie et de persécution ; elle est étranglée, elle a une maladie incurable de l'estomac, les aliments n'y peuvent plus descendre, on veut l'empoisonner ; refus d'aliments.

Depuis quelques jours, à cette phase de dépression mélancolique a succédé de l'excitation maniaque avec idées confuses, propos incohérents et agitation (inanition).

2 *mars*. — Malade entrée dans un état grave ; amaigrissement profond, teinte subictérique de la peau avec rougeur des pommettes, fuliginosités, constipation opiniâtre, pouls petit et misérable. Anurie presque complète, sitiophobie. Agitation anxieuse incoercible avec idées délirantes confuses de la nature précédemment spécifiée. Séjour au lit, sonde œsophagienne, lavements purgatifs.

7 *mars*. — L'état s'aggrave ; fièvre, sécrétions taries, la malade urine peu ou pas ; il n'y a de selles que par lavements ; sitiophobie persistante. En raison de l'imminence du délire aigu, on pratique une injection de sérum artificiel de 60 grammes.

15 *mars*. — Les injections ont été continuées tous les deux jours et la dose portée successivement à 200 et 250 grammes. Il y a une légère amélioration dans l'état physique ; les reins, à la suite des injections, fonctionnent suffisamment, la teinte subictérique est moins foncée, la langue est devenue humide, mais le refus d'aliments persiste.

5 *avril*. — La légère amélioration physique persiste, urines normales sans albumine, constipation ; alimentation deux fois par jour par la sonde. Agitation anxieuse très bruyante.

25 *avril*. La malade persiste dans son refus d'aliments. Les injections de sérum sont continuées tous les deux jours à la dose de 250 grammes. Elles sont suivies d'abondantes débâcles urinaires. Même délire anxieux avec idées de négation (elle a la gorge bouchée, elle n'a pas de sang, elle est morte). Cependant, hier soir, elle a eu une courte période de lucidité relative, a demandé où elle était, s'est préoccupée de sa famille.

4 *mai*. — La malade est plus mal, il se forme au sacrum une escarre de la dimension d'une pièce de deux francs avec décollement profond des tissus. Escarre superficielle au niveau du grand trochanter droit; retour de l'oligurie malgré les injections de sérum, affaiblissement progressif. Délire toujours anxieux et bruyant, même refus d'aliments.

15 *juin*. — Une nouvelle période de mieux s'est produite ; les escarres sont en voie de guérison. La malade est toujours nourrie à la sonde d'une façon exclusive. L'état mental est toujours caractérisé par la mélancolie anxieuse avec délire hypocondriaque. On continue tous les deux ou trois jours, suivant les indications, les injections de sérum.

9 *juillet*. — Malgré le traitement, la malade s'affaiblit de plus en plus et après une courte période de marasme elle succombe en plein délire. Durant son séjour de près de quatre mois et demi à l'Asile, elle n'a pris d'aliments que par la sonde œsophagienne.

Si les injections de sérum n'ont pas sauvé cette malade, elles ont du moins prolongé sa vie pendant plusieurs mois, car je considère comme certain que sans l'application de ce procédé thérapeutique elle eût succombé dans les huit premiers jours à la complication du délire aigu. La gravité de l'état de la malade n'est pas seulement établie par des symptômes psychiques, mais encore par les troubles trophiques observés au cours de la maladie ; je veux parler des escarres qui ont été heureusement modifiées par le traitement et ont guéri, malgré la terminaison fatale.

Nous retrouverons ce même phénomène dans plusieurs des observations suivantes.

Obs. II. — Femme B..., 49 ans, admise le 18 octobre 1898. Père et mère morts de la variole ; un frère phtisique ; plusieurs membres de la famille sont morts jeunes de la poitrine. Mariée à 34 ans, elle n'a jamais eu qu'un enfant, une fille de 12 ans, bien portante. Pas de fausses couches ; pas de maladies graves antérieures. Depuis quatre mois la menstruation est suspendue ; quelques chagrins domestiques. Depuis quelques mois, cette femme manifestait une certaine exaltation ; elle passait sa vie à lire des livres de piété et à se livrer à des exercices religieux exagérés. Il y a une quinzaine de jours l'excitation a commencé à devenir délirante ; le dernier dimanche, prise d'une crise de fureur, elle a fait du scandale à l'église et a troublé l'office. Depuis, l'agitation a été en augmentant; elle chante des cantiques, vocifère, interpelle par des injures les gens qui l'approchent, se met complètement nue, déchire ses vêtements, hurlant à tue-tête, l'œil hagard, la bouche pâteuse, les cheveux épars. Elle refuse les aliments d'une manière complète, ce qui décide son mari, au bout de quelques jours, à la conduire à l'asile.

20 *octobre*. — Agitation violente, délire religieux accompagné de cris, de chants et de vociférations et d'une mimique désordonnée ; corps émacié, peau terreuse, langue épaisse et sale, lèvres fuligineuses, pouls petit et fréquent. Refus d'aliments : alimentation par la sonde.

25 *octobre*. — Malgré l'alimentation artificielle, l'état semble s'aggraver ; l'agitation est incoercible ; chants, cris inarticulés, mimique désordonnée, toujours nue dans sa cellule. Crachats épais et purulents, fulginosités, diarrhée profuse. Grincement continuel des dents. En raison de la gravité de son état, on l'a fait maintenir au lit et on lui administre une injection de sérum artificiel de 300 grammes.

4 *novembre*. — Les injections de sérum ont été continuées tous les deux jours à la même dose depuis le 25 octobre. Celle d'aujourd'hui a été portée à 500 grammes. Elles semblent avoir produit un effet salutaire, car aujourd'hui pour la prefois depuis son entrée, la malade prend spontanément un peu de nourriture (potage et vin). L'agitation est moins vive, les symptômes de délire aigu ont disparu, ainsi que les fuliginosités et la diarrhée. Pendant les quelques jours où les moyens de contention ont été employés il s'est formé des escarres dans les régions axillaires, surtout à droite.

9 *novembre*. — Le délire maniaque incohérent persiste, mais l'état physique s'améliore d'une façon rapide et l'alimentation se fait bien. Dans les moments où l'on peut fixer son attention la malade se plaint d'engourdissement et de fourmillements dans le bras droit ; la main ne peut exécuter les mouvements d'extension, le plexus brachial est le siège d'une névrite, conséquence probable de l'escarre signalée au creux axillaire et en voie de réparation. Il y a de l'atrophie des muscles de la main.

13 *décembre*. — L'amélioration a continué, le délire a disparu, les symptômes de névrite se sont atténués. L'état de la malade est actuellement caractérisé par de l'affaiblissement mental (indifférence, anesthésie morale) et de l'hypocondrie. Elle ne pense qu'à son état physique, à ses digestions, réclame des médicaments, des toniques, se trouve soudain ranimée par une dose de sirop de fleurs d'oranger, etc.

Le 29 *décembre* la malade quitte l'Asile dans un état mental et physique très satisfaisant.

Il s'agit chez cette malade d'une manie avec délire religieux dégénérée en confusion mentale aiguë avec symptômes graves d'auto-intoxication.

En neuf jours, et après quatre à cinq injections de 300 grammes chacune, une certaine détente est obtenue et la terminaison fatale est conjurée.

La gravité de l'état de la malade est révélée ici comme dans l'observation précédente, par la production d'escarres non aux points de décubitus, mais aux endroits comprimés par les moyens de contention employés pendant deux ou trois jours en raison de l'agitation extrême de la malade et de l'installation défectueuse du service. Nos cellules n'étant pas chauffées, nous redoutions en effet, par suite de l'abaissement de la température, l'invasion de quelque complication pulmonaire qui eût été fatale. La névrite du plexus brachial droit, sans doute de même origine, est bien encore une preuve de l'épuisement extrême du système nerveux tout entier, car le rôle de la cause occasionnelle (compression) semble bien secondaire. C'est un cas à rapprocher des psychoses polynévritiques tant par cette complication que par l'évolution entière de la maladie. La guérison, en effet, n'a été obtenue qu'après une période de réelle démence.

Obs. III. — D..., 39 ans, marié, père de plusieurs enfants. Son père est mort à 78 ans de démence sénile, sa mère de phtisie à 40 ans. Lui-même est de santé délicate et on a diagnostiqué chez lui la présence de tubercules pulmonaires.

Pendant le carême dernier, il a présenté une ferveur insolite qui s'est peu à peu transformée en délire religieux, d'abord avec dépression, puis avec agitation furieuse.

Admis le 15 avril 1899, il est en proie à une agitation incoercible, et dans une cachexie profonde, émacié, les yeux excavés, la peau verdâtre, la langue et les lèvres fuligineuses, le pouls fréquent et misérable. Il expulse des crachats purulents et épais et ne cesse de prononcer des paroles incohérentes de nature religieuse. Refus d'aliments, constipation, urines rares. Menaces de délire aigu. Sonde œsophagienne.

18 *avril.* — L'état s'est encore aggravé et en présence d'un danger imminent, on fait une injection de sérum artificiel de 300 centimètres cubes.

20 *avril.* — Nouvelle injection de 300 grammes.
22 *avril.* — — — —
24 *avril.* — — — —
26 *avril.* — — — —
27 *avril.* — — — —
28 *avril.* — — — —

29 *avril.* — Sous l'influence de ce traitement, les sécrétions se sont rétablies, la pression sanguine est remontée, la langue s'est nettoyée et est devenue humide. Le refus d'aliments est moins persistant et de temps en temps on peut se dispenser de la sonde. L'état mental reste confus, le malade ne sait où il est, et manifeste du délire d'hypocondrie (il ne peut boire parce qu'il n'a pas de poitrine).

10 *mai.* — L'état général continue à s'améliorer, le malade mange bien, l'aspect physique est meilleur, l'état confus des idées persiste.

1er *juin.* — Le retour de la lucidité s'est fait progressivement et le malade paraît en pleine convalescence.

15 *juillet.* — On peut considérer le malade comme guéri de la psychose. Il jouit de toutes les apparences d'une bonne santé ; néanmoins, on constate chez lui un phénomène fâcheux et qui a jusqu'ici retardé sa sortie. Aussitôt qu'il reste levé quelques heures, il se produit un œdème des jambes assez considérable s'arrêtant au-dessous du genou. Le cœur est sain, la rate n'est pas hypertrophiée, l'examen répété des urines n'a jamais rien révélé de suspect du côté des reins qui semblent bien fonctionner. Peut-être cet œdème exclusivement provoqué par la station debout, est-il d'origine vaso-motrice et un reliquat d'un peu de polynévrite?

En ce qui concerne les effets du sérum dans le cas précédent, la lecture de l'observation me paraît assez démonstrative pour me dispenser d'insister. Encore une fois, l'invasion du délire aigu est conjurée, ainsi que la terminaison ordinaire de cette redoutable complication.

Obs. IV. — Le 24 mai 1898, on nous ramenait le nommé D..., âgé de 34 ans, ayant des antécédents héréditaires, déjà traité en 1894 d'un premier accès de trouble mental de forme maniaque alternant avec des phases de dépression panophobique. La rechute ne paraît attribuable à aucune cause occasionnelle connue. Le malade est en proie à un violent accès d'agitation avec fureur, impulsions violentes et mutisme complet. Son état général n'est pas bon, il est très amaigri et ne prend presque aucune nourriture.

1er *juin.* — Depuis trois jours, refus complet d'aliments, on emploie la sonde œsophagienne deux fois par jour.

20 *juin.* — Même état, refus obstiné d'aliments, obtusion complète de l'intelligence avec réactions automatiques (manie de déchirer sa literie), émaciation et affaiblissement profond, craintes de délire aigu. On lui fait tous les jours, à partir d'aujourd'hui, une injection de sérum artificiel de 150 grammes. Sonde œsophagienne deux fois par jour.

2 *juillet.* — Ce matin, le malade a mangé spontanément. Suppression des injections du sérum.

15 *juillet.* — Amélioration sensible dans l'état physique et dans l'état mental. Calme, se nourrit régulièrement, entre en convalescence. (L'amélioration de l'état mental ne s'est pas maintenue.)

Cette observation n'exige pas de longs commentaires; tout s'y passe comme dans les précédentes avec cette différence que le cas étant moins grave, l'amélioration est obtenue plus rapidement. Le refus persistant d'aliments qui seul avait apporté dans l'état du malade un élément de gravité, a cessé en même temps que, grâce au sérum, les sécrétions étaient rétablies et que l'état gastro-intestinal s'en trouvait heureusement modifié. La sitiophobie, en effet, est le plus souvent la conséquence de l'état saburral qui résulte lui-même de la diminution ou de l'arrêt des sécrétions de la muqueuse digestive.

Obs. V. — C... est un malade dont j'ai déjà publié une première observation en 1894 dans les *Archives de Neurologie* (1). Sorti guéri de l'établissement, il reprit ses occupations et ses habitudes alcooliques.

En 1898 à la suite de contrariétés, il eut un court accès de mélancolie anxieuse qui a guéri spontanément.

En 1899, en février, il tombe un jour dans un état comateux qui dure 48 heures et dont il sort pour faire du délire confus avec agitation qui se calme au bout de quelque temps.

Mais l'amélioration ne dure pas et au bout de trois semaines, retour de la dépression, des craintes vagues et de l'impulsion aux fugues. L'état s'étant aggravé par suite du refus d'aliments, le malade est amené à l'asile 29 avril 1899.

A l'entrée, C... est agité, il a l'air à la fois abruti et effrayé; il se cache sous son lit, se met nu, se livre à des actes automatiques. Refus complet d'aliments. Anurie ; constipation ; rougeur de la face, pouls fréquent, fièvre le soir. L'urètre exploré est libre, le rétrécissement ne s'est pas reproduit. Foie et rate normaux, rien aux poumons. Lait, grand lavement.

1er *mai.* — Le malade a un peu uriné dans son lit. Air abruti, mutisme, refus total d'aliments ; roideur cataleptoïde de tout le corps. T. 39°. Cathéthérisme œsophagien. Injection de sérum artificiel de 250 grammes.

2 *mai.* — T. M. 39°,2. A un peu uriné dans son lit. Sonde œsophagienne. Injection de sérum 500 gr. Grand lavement. T. S. 39°7. — Pouls 136. Anurie, mais sueurs profuses ; stupeur complète.

3 *mai.* — T. M. 40°,4. — Nouvelle injection de sérum 500 gr. Trois catéthérismes œsophagiens par jour. — T. S. 39°.

Les jours suivants, on continue les injections de sérum à la dose de 500 grammes et on administre trois litres de lait par la sonde.

La température s'abaisse progressivement.

7 *mai.* — T. M. 38° ; légère amélioration ; le malade urine

(1) Note sur un cas de folie urémique consécutif à un rétrécissement traumatique de l'urètre.

convenablement. L'urine examinée ne contient pas d'albumine. Il prend spontanément plusieurs tasses de lait et est moins confus.

Les jours suivants, l'amélioration s'accentue encore, la température du matin tombe à 37° avec légère élévation le soir.

Le 9 *mai* les injections sont suspendues.

Le 15 *mai* le malade est convalescent de son accès.

Divers auteurs ont vanté le lavage du sang dans l'urémie et, quand les reins ne sont pas imperméables, cette médication a donné entre leurs mains d'excellents résultats. C'est ce qui m'a décidé à avoir recours aux injections de sérum chez un malade atteint à la fois d'urémie et de confusion mentale alcoolique. L'issue de la médication a été des plus favorables et les accidents graves d'intoxication ont été presque immédiatement conjurés. Au bout de quelques injections le cours des urines s'est rétabli, la fièvre s'est calmée et la sitiophobie a cédé. Connaissant ce malade comme je le connais, j'avoue que mon pronostic avait été d'abord nettement défavorable : aussi, n'hésitai-je pas à attribuer aux injections salines l'espèce de résurrection à laquelle j'ai assisté en quelques jours.

Obs. VI. — M... profession libérale, 34 ans, admis le 9 mars 1899. Les antécédents familiaux ne nous sont pas connus, comme antécédents personnels on note : vers 10 ou 12 ans une fièvre typhoïde grave avec délire prolongé ; depuis, le blennorrhagie et la syphilis, cette dernière il y aurait quatre ou cinq ans ; des excès de coït habituels et en dernier lieu des excès alcooliques, pour s'étourdir, en raison du mauvais état de ses affaires.

Après quelques prodromes vagues la maladie a débuté par de la confusion mentale avec hypocondrie. Tantôt il émet des idées incohérentes de couleur professionnelle, tantôt il se plaint d'avoir mal à la gorge, d'avoir le nez bouché, de ne pouvoir plus parler, etc.

En un mois l'amaigrissement a fait des progrès rapides, le malade refusant presque complètement les aliments.

A l'entrée, confusion complète des idées avec obtusion profonde, contractures des membres, mouvements automatiques de la machoire inférieure qui reste des heures entières grande ouverte; langue et lèvres rôties, dents recouvertes de fuliginosités ; œil éteint, pouls petit sans grande fréquence; le malade ne peut articuler une parole. Exagération des réflexes tendineux et cutanés avec hyperesthésie généralisée : une simple pression sur la peau provoque une réaction de tout le corps avec mouvement de défense. Refus complet d'aliments. Le soir, le malade est dans un état subcomateux. Lavement purgatif et injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel.

10 *mai*. Ce matin l'état est un peu meilleur; le malade a repris connaissance et essaie de parler. Le pouls est relevé. La déglutition ne peut se faire par suite de la sécheresse du pharynx et de la langue; d'ailleurs le malade refuse les aliments. Sonde œsophagienne. Le soir nouvelle injection de 500 gr. T. S. 39°,8.

11 *mai*. — Nuit agitée, délire professionnel. Refus complet d'aliments. En deux repas par jour à l'aide de la sonde le malade reçoit deux litres de lait, quatre œufs et 500 gr. de Bordeaux. T. M. 38°,9 ; T. S. 38°,9 également.

Du 12 ou 18 *mai*, le malade reçoit chaque jour une injection de sérum de 500 grammes. Il est nourri à la sonde. L'intestin est vidé par les lavements. Les urines sont abondantes et très foncées, il y a des sueurs profuses; la température se maintient aux environs de 38° avec tendance à s'abaisser progressivement. La langue redevient humide et les fuliginosités disparaissent. Confusion mentale complète avec hébétude et mouvements ataxiques.

Le 18, la faiblesse semblant faire des progrès, le malade reçoit deux injections de sérum de 500 grammes.

Du 19 au 23 *mai*, injection quotidienne de 1 litre de sérum. Le malade est moins confus, il ne parle pas encore, mais sa physionomie est devenue plus expressive.

24 et 25 *mai*. — Rétention d'urine. Par le cathétérisme, on retire à chaque fois un litre d'urine rouge, fortement pigmentée, déposant abondamment. Elle ne contient ni sucre ni albumine.

26 *mai*. — Ce matin, il y a une légère amélioration. La langue est devenue humide, les évacuations urinaires et fécales se sont faites spontanément. Le malade a essayé de parler mais refuse toujours les aliments.

27 *mai*. — Injection de 700 grammes de sérum; le 28, injection de 1 litre.

30 *mai*. — Le malade est sensiblement mieux, il parle d'une façon compréhensible. La figure est bonne, il demande à jouer à la manille et à l'écarté et se plaint d'avoir mal aux jambes. Injection de sérum : un litre.

Les jours suivants, bien que l'amélioration signalée semble persister, la température s'élève progressivement et l'on constate en même temps la production de trois escarres de décubitus, l'une à la région fessière gauche, et en haut, au voisinage du sacrum, l'autre au niveau de la malléole externe du même côté; la troisième au talon droit.

2 *juin*. — L'escarre fessière s'élimine, on constate de vastes décollements se prolongeant profondément sous la peau et entre les faisceaux musculaires que baigne un liquide infect. (Bains, lavages, pansements à la gaze iodoformée.) Le mieux acquis se maintient néanmoins, la sensibilité est très vive, le malade se plaint de beaucoup souffrir de partout.

4 *juin*. — La température s'abaisse régulièrement (37°,8), le clapier se nettoie, le malade prend seul et abondamment du lait, des œufs et du vin de Bordeaux. Continuation des injections de sérum à la dose de 500 grammes.

6 *juin*. — Température 37°,6. On suspend les injections car le malade prend spontanément une nourriture substantielle. La plaie va bien et la cavité commence à se combler. Il répond aux questions qu'on lui pose et est d'un calme absolu. On constate en même temps certains symptômes que la gravité de l'état général des jours précédents avait relégués dans l'ombre : c'est une impotence fonctionnelle presque complète de l'avant-bras et de la jambe droite avec un peu d'anesthésie et abolition totale des réflexes tendineux de ce côté; les extenseurs des deux membres, surtout de l'avant-bras, sont parésiés et la main et le pied ne peuvent être redressés. En rapprochant ces signes de l'hyperalgésie générale constatée précédemment on est conduit au diagnostic de polynévrite prédominante dans les membres droits.

20 *juillet*. — L'amélioration physique a continué à faire des progrès, le malade se nourrit bien, a pris des forces et de l'embonpoint, les escarres sont à peu près guéries, mais l'impotence fonctionnelle des membres droits persiste et le malade n'a cessé de manifester un délire confus avec hallucinations de l'ouïe et de la vue, entrecoupé de courtes périodes de demi-lucidité.

Quelle que soit l'évolution ultérieure de ce cas intéressant, il nous paraît évident que ce n'est que grâce aux injections de sérum que le malade a pu être arraché à la mort. Le traitement, au milieu de péripéties diverses d'une signification des plus menaçantes (polynévrite, escarres de décubitus, suppuration profuse, rétention d'urine) a dû être poursuivi pendant un mois avant qu'une amélioration sérieuse ait été obtenue et que le pronostic ait pu être modifié dans un sens moins sévère.

Nous n'ajouterons à ce qui précède qu'une remarque qui nous parait très importante, c'est que pendant la période entière de sitiophobie que chacun des malades précédents a traversée nous avons eu soin d'administrer, concurremment aux injections, une alimentation abondante. Dans certains cas, le catéthérisme œsophagien a été pratiqué trois fois par jour, chaque repas comprenant un litre de lait, deux œufs et de 150 à 200 grammes de vin de Bordeaux. Les évacuations intestinales ont chaque jour été provoquées par de grands lavements tièdes ou froids, répétés au besoin ; les

lotions froides, les frictions stimulantes, parfois les bains tièdes courts ont été employés aussi concurremment. En un mot, le traitement sérothérapique ne nous a fait négliger aucun des moyens employés habituellement avec plus ou moins de succès dans les cas similaires. Nous ne prétendons pas que les injections séreuses aient joué dans nos observations le rôle de panacée ; si nous disons cependant qu'elles ont agi d'une façon héroïque, nous aurons dit toute notre pensée et exprimé notre profonde conviction.

En résumé, notre conclusion sera la suivante : dans les psychoses aiguës accompagnées de symptômes graves d'auto-intoxication, les injections sous-cutanées de solution de chlorure de sodium à 7 pour 1.000 sont souvent suivies de la disparition rapide des symptômes inquiétants et d'une amélioration qui se traduit par le rétablissement des sécrétions, des fonctions excrétoires et par la disparition de la sitiophobie. Le plus souvent, par surcroît, l'état mental s'améliore dans une mesure qui reste à déterminer, le petit nombre de nos observations ne nous permettant pas actuellement de le faire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les dangers de l'électricité.

Lors du dernier ouragan qui a soufflé sur Paris au commencement de septembre, certains théâtres et établissements publics se sont vus tout à coup privés de lumière. C'était un incident désagréable, mais rien de plus. Il n'en est pas toujours ainsi et bien des fois des personnes ont été, ou tuées, ou plus ou moins grièvement blessées par le contact accidentel des fils conducteurs du courant rompus ou dépouillés de leur isolant sur un trajet plus ou moins long.

Parmi les accidents survenus depuis une dizaine d'années, nous pouvons citer les suivants : le 30 septembre 1889, au théâtre de l'Eden, un ouvrier fut foudroyé en touchant une tige de métal qui était reliée au pôle d'une lampe. En 1890, trois ouvriers furent blessés par l'explosion d'une batterie d'accumulateurs. En 1891, un ouvrier fut jeté à terre par suite du contact d'une ligne portant du courant à haute tension avec un circuit téléphonique sur lequel il travaillait. Un accident du même genre se produisit quelque temps après à Epinay. En 1891, à Asnières, des ouvriers travaillant à la pose des téléphones, reçurent plusieurs fois de violentes commotions. En 1892, un ouvrier fut brûlé à la main en touchant un fil mal isolé à l'usine des Buttes-Chaumont. En 1895, à Clichy, un ouvrier reçut une forte commotion produite par la décharge engendrée par la rupture des deux câbles qui reliaient l'usine de Saint-Ouen à celle d'Asnières. En 1896, à l'Opéra, un court circuit dans les câbles du lustre de la deuxième coupole provoqua un commencement d'incendie et la chute du lustre qui tua une femme et en blessa une autre.

En 1897, au théâtre du Palais-Royal, un sapeur fut brûlé aux mains et à la tête par un court circuit, la même année un ouvrier était foudroyé en manipulant un coupe-circuit primaire sur un courant à 3.000 volts, et un accident du même genre se renouvela dans un hôtel des Champs-Elysées. En 1898, à Puteaux, trois hommes furent foudroyés par le courant à haute tension de la Compagnie de la Banlieue Ouest de Paris dans une usine de caoutchouc ; à Paris, deux chevaux furent tués aussi sur la ligne du tramway de la place de la République à Romainville, dont l'installation du reste n'offre pas toutes les garanties de sécurité qu'on serait en droit d'exiger des lignes de tramways à câble souterrain et en janvier 1899, un des câbles aériens de la Compagnie de la Banlieue Ouest de Paris, fixé au pignon d'une maison, se rompit, mais tombant dans un jardin, heureusement inoccupé, il ne blessa personne. Enfin, au mois de mai dernier, un ouvrier fut tué en essayant de couper, par vengeance, les câbles de la Compagnie urbaine d'eau et d'électricité à Levallois-Perret.

Tel est le bilan des accidents dus aux courants électriques urbains. Aussi le Conseil d'hygiène s'est-il préoccupé des mesures qu'il y aurait à prendre pour éviter, à l'avenir, le retour de pareils accidents, et M. Walckenaer, ingénieur en chef des mines, a fait pour lui, à ce sujet, un très intéressant rapport.

Les savants s'étaient d'ailleurs déjà, depuis longtemps, préoccupés de cette question et les travaux publiés sur cette matière se comptent par centaines. Nous pouvons ici les résumer brièvement.

Pour la distribution d'électricité dans les villes on emploie deux sortes de courants : les courants continus et les courants alternatifs. Les uns et les autres sont généralement fournis aux habitants au potentiel de 110 volts. Mais, dans le réseau primaire qui part de l'usine, le courant est plus puissant. Le continu part au potentiel de 500 à 600 volts, l'alternatif à 2.500 ou 3.000 volts.

Les accidents produits par les deux variétés de courant de sont pas identiques. Les uns et les autres lorsqu'il se produit des courts circuits peuvent, si les fils sont mal isolés, provoquer des incendies. Mais le contact des fils rompus ou mal isolés avec les personnes amène des accidents qui dépendent de la forme du courant.

Le courant continu à haute tension entrant en contact avec l'organisme amène des brûlures profondes et une désorganisation considérable et étendue des tissus. La mort est presque fatale lorsque le choc a été violent.

Avec le courant alternatif les brûlures s'observent aussi, mais elles sont en général moins graves, la désorganisation des tissus plus limitée, moins complète. Si le choc est très violent l'individu qui le reçoit est frappé de syncope. Mais, ainsi que l'a démontré M. le Pr d'Arsonval, dans une communication qu'il fit à l'Académie des Sciences en 1894, si on vient assez rapidement au secours du foudroyé, on peut le rappeler à la vie en pratiquant soit la respiration artificielle, soit les tractions rythmées de la langue suivant le procédé de M. le Dr Laborde.

Les lois et règlements concernant la pose et l'entretien des conducteurs électriques ont été depuis quelques années déjà promulgués.

M. Walkenaer dans son rapport, dont les conclusions ont été adoptées par le Conseil d'hygiène, émet le vœu que l'administration tienne la main à leur exacte application et qu'en raison des conditions toutes spéciales dans les

quelles se trouvent placées les communes de la banlieue de Paris, les autorisations exigées pour l'établissement des conducteurs au-dessus des voies publiques soient dorénavant refusées dans les communes très peuplées du ressort de la Préfecture de police à toutes les usines fournissant du courant à haute tension. La ligne souterraine dont la pose coûte un peu plus cher est la seule en effet qui puisse permettre d'éviter les accidents graves. Le Conseil d'hygiène demande aussi avec raison qu'on donne la plus large publicité possible aux mesures de secours immédiats à porter aux victimes des accidents dus à l'électricité. Dans toutes les usines on devrait même exiger la présence d'un personnel dressé à donner ces premiers secours. Ce serait une mesure de sécurité qui serait bien accueillie de tous les ouvriers et qui, sans coûter bien cher aux chefs d'entreprise, car il suffirait de faire donner quelques leçons aux ouvriers ou contre-maîtres les plus intelligents, restreindrait, dans une proportion considérable, les accidents mortels. L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

XXVIIIe SESSION TENUE A BOULOGNE-SUR-MER
du 14 au 21 septembre.

COMMUNICATIONS A LA SECTION DES SCIENCES MÉDICALES
(*Suite.*)

La tuberculose en Tunisie.

M. LOIR (de Tunis), au nom de la Société médicale française de Tunisie, communique à l'Association les résultats d'une enquête sur la tuberculose en Tunisie. Cette enquête a été faite par M. Berthelot, secrétaire de cette Société médicale de Tunis. La mortalité par tuberculose en Tunisie a été de 0,069 pour 1.000 habitants en 1888-1892, et de 0,062 en 1892-1894. Elle est donc très inférieure à la mortalité en France qui est de 0,088. Au-dessous de 25 ans, la femme est plus atteinte que l'homme et la proportion change au-dessus de cet âge.

Dans les hôpitaux de Tunis, sur 100 entrants, 1,20 est tuberculeux et sur 100 décès, 13,8 sont causés par la tuberculose, proportion très inférieure à celle des grandes villes européennes (29 à Berlin, 25 à Paris, 23 à Londres.)

Les causes de cette rareté relative de la tuberculose sont l'immunité presque complète des bovidés, puisque sur 20.000 à 30.000 bêtes tuées par an, le service sanitaire des abattoirs n'a rejeté pour tuberculose que 2 animaux en 1892, 1 en 1893, 15 en 1894; puis la croyance, dans le peuple, à la contagiosité de la tuberculose et les mesures de prophylaxie qui résultent de cette croyance; un Tunisien qui s'est trouvé en contact avec un tuberculeux a toujours soin de se laver; enfin l'influence de la vie en plein air. La tuberculose est inconnue chez les Bédouins et se manifeste parfois chez les musulmans des villes. Les israélites paraissent prédisposés à la tuberculose, sur 100 habitants il y a à Tunis 15 israélites et sur 100 tuberculeux 17 sont israélites. Les Maltais, au contraire, forment à Tunis 30 0/0 de la population, et seulement 11 Maltais sont frappés sur 100 tuberculeux. Les Français viennent souvent en Tunisie pour guérir de la tuberculose, d'où le nombre des tuberculeux de cette origine à Tunis. Les chiffres de la garnison montrent que les Français sont moins frappés que les indigènes (zouaves 0,59, chasseurs d'Afrique, 0,30, tirailleurs indigènes 1,75, spahis 1,17.) La région de Tunis ne saurait être une station de cure pour les tuberculeux à cause des brusques changements de température, surtout à la chute du jour. La région du cap Bon qui jouit d'un climat marin plus favorable, surtout sur sa côte orientale, ne subit pas des variations atmosphériques.

Diphtérie humaine et diphtérie aviaire.

M. E. FÉRÉ (de Bordeaux) a continué ses recherches sur la diphtérie humaine et la diphtérie aviaire, comprenant dans cette dernière les affections pseudo-membraneuses de la volaille. Il a retrouvé différents microbes déjà signalés. Il a vérifié de nouveau la présence du bacille de Lœffler dans les membranes en montrant que le sérum antidiphtérique ordinaire neutralise *in vitro* l'action de la toxine de ce bacille de Lœffler aviaire et qu'il agit préventivement contre cette toxine. Ce bacille n'est pas toujours virulent pour le cobaye, mais on ne peut dire que c'est un bacille pseudo-diphtérique si l'on n'a déjà constaté son manque de virulence pour la volaille, le pigeon, les petits oiseaux et le canard. L'auteur pense qu'on peut rencontrer le bacille pseudo-diphtérique, mais il ne faut pas en exagérer l'importance. Ce bacille n'est pas absolument rare, il peut fourmiller dans les fausses membranes et des volailles diphtériques, de localités indemnes de diphtérie humaine sont porteuses de ce bacille.

M. Féré insiste sur la transmission possible des affections pseudo-membraneuses de la volaille à l'homme et de ses expériences personnelles et des résultats plus récents obtenus par M. Lang, il conclut qu'on peut retirer un bénéfice dans certains cas, de l'emploi du sérum antidiphtérique dans le traitement et la prophylaxie de la diphtérie aviaire. Les volailles d'un poulailler seront divisées en deux lots, les volailles saines et les volailles malades. Les volailles saines reçoivent 1 à 2 c.c. de sérum antidiphtérique entre les deux scapulum; les volailles malades seront entièrement brûlées; ou, si on veut les conserver, on leur injectera 1 ou 2 c.c. de sérum tous les trois jours jusqu'à terminaison de la maladie.

Exulcérations de la muqueuse de l'estomac au cours d'une cirrhose hépatique. Mort par hémorragie.

MM. P. LE NOIR et H. CLAUDE ont observé une femme diabétique atteinte de cirrhose hypertrophique, morte d'une gastrorragie. A l'autopsie on trouva deux ulcérations de la muqueuse de l'estomac très proches. L'examen histologique des ulcérations montra que la muqueuse n'était le siège d'aucune inflammation. Les culs-de-sacs glandulaires nécrosés étaient infiltrés de sang ainsi que la couche cellulaire, mais les altérations ne dépassaient pas la musculaire de la muqueuse. Une artériole, au niveau du foyer hémorragique offrait des lésions nettes d'endartérite avec thrombose, conséquence de l'état d'auto-intoxication causée par la maladie de foie, compliquée d'altérations rénales et de diabète. Ce cas prouve que, au cours d'une cirrhose, il peut survenir des hémorragies du tube digestif indépendantes des ruptures de varices œsophagiennes ou stomacales. Il montre encore que des exulcérations de l'estomac peuvent être dues à des lésions des artérioles.

Gastrorragie dans l'inanition expérimentale.

M. H. CLAUDE a observé sur des cobayes et des lapins morts d'inanition des hémorragies stomacales causées par des thromboses artérielles avec ruptures des petits vaisseaux de la tunique cellulaire sous-glandulaire. L'absence de toute inflammation au niveau de la muqueuse peut faire penser que les lésions vasculaires sont primitives et résultent d'une auto-intoxication dans l'inanition. Les gastrorragies viendraient d'une lésion hépatique.

Guérison de hernies par l'usage du tour des tourneurs en bois.

M. LOIR (de Tunis) rappelle que l'usage de la bicyclette a guéri des hernies inguinales. Un cas de ce genre a été rapporté par M. Lucas-Championnière à l'Académie. M. Mignon a relevé dans sa thèse neuf observations de hernies traitées systématiquement par la bicyclette, avec quatre guérisons complètes, la hernie ne sortant plus du tout de l'abdomen, trois améliorations légères et deux résultats nuls. Il faut observer que ces deux dernières observations concernent des hommes de 56 et 58 ans, tandis que les premières ont trait à des individus de 18 à 40 ans. M. Loir apporte une nouvelle observation concluante, avec cette particularité qu'elle concerne, non pas la bicyclette, mais un instrument qui oblige à faire des mou-

vements des membres inférieurs analogues, le tour des tourneurs en bois. Un individu, affligé dès son enfance d'une hernie inguinale devenue énorme, était considéré comme infirme ; il entra comme ouvrier chez un tourneur en bois. Peu après, en faisant usage du tour, mu par un mouvement de pédale, il remarqua que sa hernie diminuait. Au bout de dix-huit mois, elle avait disparu complètement. Cette homme fut jugé bon pour le service et sert dans un régiment d'infanterie.

La médication euphorique.

M. Ferrand (de Paris) affirme que les injections de morphine additionnée d'éther doivent se ranger dans la médication euphorique, qui maintient l'équilibre entre les forces radicales et les forces agissantes, en modérant l'activité fonctionnelle des organes, en respectant leur activité nutritive. On comprendra dans cette indication, tous les antispasmodiques, puis les contre-stimulants. Ces agents peuvent modifier les deux modes de l'activité fonctionnelle ou nutritive et cela en des proportions inégales, parfois même opposées. L'association de l'éther et de la morphine constitue un de ces moyens thérapeutiques sûrs et rapides et aussi très efficace, en cas de collapsus et de mort prochaine.

Troubles de la vessie consécutifs aux opérations sur l'utérus.

M. E. Desnos (de Paris) remarque la fréquence des troubles de la miction dont il est difficile de faire souvent le diagnostic exact, à la suite des opérations gynécologiques portant sur l'utérus. Outre les lésions traumatiques post-opératoires (perforations, déchirures), on observe chez les opérées des cystites et des troubles réflexes.

L'infection vésicale se voit presque toujours après des opérations faites pour affection septique, et l'on peut croire que souvent il existait une infection latente des voies urinaires que les manœuvres opératoires ont réveillée. Les observations de l'auteur montrent que ces cystites sont rares et que le plus souvent les troubles de la miction sont névralgiques. Le diagnostic n'est pas facile, car ces cystites au début ont comme symptôme principal la douleur, et les autres signes sont peu accentués. Aussi doit-on pratiquer la cystoscopie dès le début ; alors l'erreur n'est plus possible; la muqueuse est rouge, vascularisée et desquamée s'il y a cystite ; normale en cas de névralgie. La cause de ces cystalgies est variable dans chaque cas; mais comme elles surviennent surtout après les hystérectomies, les changements de formes apportés à la vessie par cette opération, doivent être la principale raison de ces troubles mictionnels. L'importance pratique du diagnostic précoce est grande à cause du traitement dans lequel on doit éviter toute cause d'irritation et d'infection de la vessie.

Mal de Pott.

M. Bilhaut (de Paris). — Dans l'évolution du mal de Pott, il faut tenir compte de la contracture musculaire, comme facteur important de la déformation. En effet, sous l'influence de la contracture, une pression exagérée se produit au siège de la lésion et si l'on tient compte en outre de la décalcification osseuse qui se manifeste localement dans le squelette, dans tous les cas de tuberculose osseuse, on comprendra aisément avec quelle rapidité la déviation pourra se produire. Ces conditions sont éminemment favorables à la désorganisation qui se fait sous forme de tassement, puis de destruction véritable. C'est surtout au point de vue de la thérapeutique du mal de Pott, qu'il faut tenir compte de ces données. Au lieu d'abandonner les pottiques à eux-mêmes, il est de toute nécessité de soustraire leur rachis à l'action de la pesanteur et de les immobiliser en bonne attitude, au moyen des appareils plâtrés couramment employés. Si l'on doit faire des réserves, au point de vue du redressement de certaines gibbosités, il n'y a qu'une règle à suivre pour le traitement du mal de Pott récent. Il se résume en deux termes : position horizontale, immobilisation réelle et durable. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 septembre 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Les poussées dénutritives de la syphilis.

M. Morel-Lavallée a souvent observé, en dehors de la période secondaire, des poussées de dénutrition marquées par de la dépression, des troubles trophiques des cheveux et des ongles, de la perte de poids. On peut observer ces poussées d'amaigrissement à une époque très avancée du tertiarisme, comme cela a été noté chez un médecin, chez lequel il n'existait aucune autre cause d'amaigrissement, telle que diabète, tuberculose, etc. Il est à noter qu'alors qu'un enfant né avant cette poussée dénutritive était normal, un autre conçu au cours de cette période, présenta du rachitisme, qui rentre, comme on sait, dans les lésions parasyphilitiques. Ce sont là des faits qui entraînent une conclusion thérapeutique pratique. Il est bon de continuer le traitement en dehors de tout accident et alors que le dernier accident remonte à une date très lointaine. On peut espérer ainsi éviter l'imprégnation de l'organisme par les toxines syphilitiques. Cette nécessité du traitement mercuriel longtemps prolongé est également démontrée par les faits de contamination tardive et de tertiarisme tardif grave récemment publiés. Des cures mercurielles de trois à quatre semaines, deux à trois fois par an, pourront donc être proposées, sinon imposées. Le mercure seul a une valeur préventive. A.-F. Plicque.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul CORNET.

VII. — Die therapeutische Bedeutung des Vegetarianismus. (*Die Therapie der Gegenwart*, juin 1899.)

VII. — Le Pr Hoffmann (de Leipzig), ramène à sa juste valeur, l'importance thérapeutique que certains ont pu donner à la nourriture exclusive par les végétaux. Dans l'alimentation normale, l'usage de la viande est nécessaire, spécialement à ceux qui travaillent de tête, tandis que ceux-là seuls qui fatiguent physiquement, sont en état de supporter et d'utiliser de grandes quantités de végétaux. En dehors de ces considérations, il est difficile d'établir des démarcations scientifiques; le mieux pour chacun est de se nourrir suivant son goût.

En diététique, le régime végétal prend place à côté des diètes lactée, carnée, etc., avec ses indications et ses contre-indications, qu'il est toutefois, dans l'état actuel des recherches, plus difficile de déterminer. Le seul végétarisme applicable aux malades n'exclut pas le lait, le fromage ni les œufs ; il peut être très riche ou très pauvre en albumine, très gras et très maigre, et produire ainsi les effets les plus différents; en outre, il représente un gros volume, et son utilisation, relativement difficile, exige de bons organes digestifs, ainsi que l'exercice et le grand air. D'autre part, l'utilité du régime végétal pour introduire dans l'organisme, sous la forme la plus favorable, les sels qui lui manquent (rachitisme, maladie de Barlow), n'est pas rigoureusement démontrée. De même on a cherché dans ce régime le moyen d'éviter la production et l'élimination des toxines provenant de l'albumine animale ; mais il est toujours contestable que les produits de décomposition de la viande, soient plus dangereux que ceux de la caséine et de l'albumine végétale.

Par contre, la diète de légumes est, comme celle de lait, le meilleur moyen de désinfecter l'intestin, et vaut, à ce point de vue, tous les antiseptiques. C'est même par là que le végétarisme est utile dans les maladies du foie, dans la cirrhose en particulier, lorsqu'on ne peut appliquer longtemps, la diète lactée exclusive. Toutefois, pour les affections chroniques du foie, les régimes diététiques précis sont encore à trouver ; l'alimentation mixte et légère, est encore la plus logique à recommander, et pour ceux qui veulent des règles absolues, le régime carné peut aussi bien se soutenir, comme diète de ménagement

pour cet organe (1). Dans les maladies, le Pr Hoffmann n'est pas opposé à la diète végétale, dans les cas où on administre le lait (dystolie). Quant à l'estomac, c'est une erreur de croire que cet organe soit ménagé par les légumes, sous prétexte que l'acide chlorhydrique est spécialement élaboré pour la digestion de la viande. La motilité gastrique est excitée par le volume d'une nourriture végétale dont les matières albuminoïdes ont également besoin d'acide chlorhydrique, pour être digérées.

En résumé, les seules indications du régime végétal, que l'on puisse actuellement préciser, se rapportent d'abord à la plupart des troubles qui surviennent dans l'hystérie et la neurasthénie, en particulier les *névralgies*. Celles-ci sont certainement exagérées par l'usage de la viande, et l'auteur cite des cas de névralgies du trijumeau, du radial, etc., entretenues par le régime carné, sans qu'on puisse toujours en déterminer la raison. En deuxième lieu, le traitement végétal s'applique très bien à l'*obésité avec constipation*, particulièrement chez la femme. Mais il faut un bon estomac et la possibilité d'exercices physiques ; à défaut desquels, le massage et l'hydrothérapie.

VIII. — Die Ernahrung in acuten Fieberkrankeiten. (*Ibidem*, janvier 1899, n° 1.)

VIII. — Nous avons déjà fait l'analyse dans le *Progrès médical*, du 1er vol. du *Handbuch der Diätetik*, publié sous la direction du Pr Leyden (de Berlin). Il s'agit ici de quelques détails pratiques, se rapportant au chapitre consacré par Leyden, dans l'ouvrage précité à l'*alimentation dans les maladies fébriles aiguës*.

Les particularités du processus fébrile qu'il y a lieu d'envisager en diététique, sont les suivantes : élévation de température, manque d'appétit, soif exagérée, bouche sèche, hyposécrétion gastrique, faiblesse de l'estomac et du cœur, atteinte des reins, élimination exagérée d'azote. L'alimentation doit être établie de manière à n'aggraver aucun des symptômes fébriles, mais au contraire à les modifier favorablement. L'état de la bouche et de l'estomac exige que les aliments soient liquides, toujours cuits, et administrés à doses fractionnées ; en raison de la fièvre, ils doivent être frais. Enfin, l'abondance des liquides favorise l'élimination des toxines par lavage de l'organisme, de même que les boissons alcooliques conviennent à l'activité du cœur.

Quels aliments faut-il donner par rapport aux échanges nutritifs? L'élimination exagérée d'azote est signe de la désagrégation des tissus, et met l'existence en danger quand l'état fébrile se prolonge ; et l'analyse scientifique démontre que la désassimilation albumineuse des fébricitants, est due partiellement au manque d'appétit, qui entraîne une insuffisance d'alimentation. Mais en forte fièvre on ne peut atteindre l'équilibre corporel, par abondante ingestion d'albuminoïdes ou d'hydrates de carbone. Il faut donc admettre un autre facteur : ce sont les toxines bactériennes qui nécrosent partiellement le protoplasma organique et le rendent incapable d'assimilation. En tout cas il faut chercher à fournir aux fébricitants 2.500 calories, réparties autant que possible en 100 grammes d'albumine, 100 de matières grasses et 100 d'hydrates de carbone.

L'aliment qui convient en première ligne est le *lait*, comme étant liquide, stérilisable, riche en calories (650 par litre), et susceptible d'être plus nutritif encore, par de nombreuses additions. Il faut le donner à petites doses, de 100 c.c. pour commencer et 4 à 5 fois par jour. On alterne avec de l'eau, des limonades, des soupes, du bouillon, et aussi du café, du thé et du vin. Après 2 et 3 jours, on porte les doses toutes les deux heures à 150, 200, 250 c.c. de lait, soit un total par jour de 2 à 4 litres, suivant la tolérance. Dans ce cas, on peut ajouter au lait, pour le rendre plus nourrissant, de la *crème* ou du *sucre de lait* ou les deux en même temps. 100 grammes de crème pour 900 c.c. de lait, ou 250 pour 750 et 50 grammes de lactose pour 1 litre. Leyden a ainsi nourri pendant des semaines en ajoutant 1/4 à 3/4 de litre de vin suivant l'état du cœur, des typhiques qui ont admirablement supporté leur haute température.

Si le lait n'est pas supporté, on essaie différents moyens : additions de *café*, *thé*, *chocolat*, infusion de *badiane* ou de *menthe*, décoction de *cumin*, *cognac*. Ou bien on y supplée par des soupes à la *farine lactée* (avec farine d'avoine, de riz, de léguminose, de mondamine) ; ou par des *soupes farineuses* avec légère addition de préparations albumineuses (peptone, somatose, nutrose, tropon, etc.), ou d'un jaune d'œuf, en alternant avec bouillon, café, thé, suc de fruits. Plus tard, quand les aliments solides seront possibles, on donnera : *viande râpée*, *purée de pommes de terre*, *légumes tendres*.

IX. — Ueber einige Behandlungsmethoden bei Speiserohrenerkrankungen ; par Rosenheim (de Berlin). (*Die Therapie der Gegenwart*, février 1899.)

IX. — Il est des affections de l'œsophage, où le cathétérisme modéré peut être considéré comme une méthode de traitement, permise et indiquée : ce sont les *rétrécissements cicatriciels*, et les *sténoses par compression*. Les résultats dépendent de la manière dont on procède.

Pratique du cathétérisme. En général il est permis d'exercer une légère pression sur la sonde, et on laissera celle-ci en place, de 3 à 15 minutes. Il n'est pas toujours prudent d'intervenir chaque jour, mais mieux tous les deux jours. S'il s'agit de franchir un étroit passage, formant un canal excentrique ou sinueux, les sondes métalliques spiralées (Rosenheim) sont préférables ; si le passage est facile à trouver, la nature du dilatateur importe peu : bougies à bord olivaire, baleines, bougies françaises ou anglaises. S'il est impossible d'atteindre le but par tâtonnement, il faut, avant de conclure à intervention chirurgicale, recourir à l'œsophagoscope et diriger la sonde sous la conduite de l'œil. Le procédé est difficile, mais la suite en est souvent heureuse. On utilise à cet effet, les sondes métalliques spiralées, ou les bougies creuses, munies d'un mandrin en métal. Une fois le chemin trouvé par l'œsophagoscope, on atteint souvent le but par le cathétérisme simple, sans introduire l'instrument éclairant, et en plaçant le malade en décubitus dorsal.

Si le tissu cicatriciel n'est pas trop ferme, ni le rétrécissement trop long, les sondes de Schreiber (1) conviennent particulièrement bien, pour dilater d'une manière relativement rapide et prudente. Mais il faut avouer que, quelle que soit la sonde, il n'y a jamais absence complète de danger; par exemple, on peut, avant de toucher au rétrécissement, atteindre la partie supérieure et produire une fausse route, pleine de risques. De même il y a des cas où le cathéter, bien introduit, ne donne pas la dilatation voulue. Dans ces cas difficiles, on essayera la dilatation par des tiges de laminaire, à l'aide de l'œsophagoscope. Rosenheim a utilisé ce procédé d'Epstein, inspiré de Senator, en adoptant une pince particulière, préférable à celle d'Epstein (2). En outre, il faut une attention toute particulière, ne laisser la tige, la première fois, que de 3 à 8 heures, en allant peu à peu jusqu'à 12 et 24 heures, pour l'ôter aussitôt, en cas de fièvre, à l'aide du fil qui pend hors la bouche. Cette méthode est particulièrement difficile quand le rétrécissement est allongé; c'est pourquoi on essayera d'abord par les bougies fines, à l'aide de l'œsophagoscope. Si l'on trouve de suite la route, on peut dilater par les drains de Hacker et Epstein ; mais ce procédé est un peu douloureux et non sans difficultés.

Enfin, dans les états douteux, qui en raison de la forte inflammation siégeant au-dessus du rétrécissement, ne sont justiciables, d'aucun des procédés ci-dessus, on devra songer à la gastrotomie ; mais peu de temps après, on devra tenter la dilatation. Si le cathétérisme, ni les tiges de laminaire à l'aide de l'œsophagoscope, ni les tentatives de passage avec un instrument par la fistule gastrique, ne donnent de résultats, alors on expérimentera la méthode inoffensive de Socine, à l'aide de petites billes d'argent fixées à un fil de soie. On en fait avaler une toute petite le soir, et le matin on est parfois émerveillé de la retrouver dans l'estomac. On s'efforce alors de rattraper la bille et le fil : ce qui n'est pas toujours facile, surtout quand on a établi une fistule de Witzel. Quant on tient le fil, on y fixe un drain en gomme très fin, et l'on tente de franchir le

(1) Page 292.

(1) Pour la description de ces sondes, voir page 57 *ibidem*.
(2) *Berliner Klin. Woch.*, 1898, n° 22.

rétrécissement. En cas de succès, on passe à un drain plus fort, et l'on obtient très vite la dilatation. Mais on évitera de trop se hâter, comme de trop tirer sur le fil, et de forcer trop puissamment le passage, sous peine de déchirures.

Dans les *sténoses par compression*, le cathétérisme est également de mise ; mais on peut ici obtenir davantage de l'organe, dont la muqueuse est partout intacte. Rappelons-nous aussi, que l'œsophage n'est pas fortement fixé, mais susceptible de va et vient dans sa partie thoracique ; il peut ainsi échapper très bien à une pression, et rester relativement libre. Par le cathétérisme on peut parfois se convaincre d'une disparité surprenante entre la faculté de déglutition et celle de l'exploration. Les malades peuvent à peine avaler un verre d'eau, qu'on peut cependant introduire dans leur œsophage une sonde du plus fort calibre, et franchir le passage, par une pression plus ou moins grande, et en trouvant à peine sur l'instrument, des traces de sang. Dans ces cas, le sondage est donc absolument indiqué, car, même en cas d'insuccès sur le rétrécissement, il permet d'alimenter les malades. Les mêmes méthodes conviennent dans les *contractures spasmodiques* et l'*hyperesthésie de l'œsophage*, et ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel qu'on a pu reprocher au cathétérisme de produire un diverticulum.

D'après les observations de Rosenheim, le cathétérisme dilatateur est absolument contre-indiqué, dans les *néoplasmes de nature maligne* ; ce n'est qu'exceptionnellement, qu'on parvient à améliorer la déglutition ; et il convient de s'abstenir de tout procédé de dilatation mécanique, aussi longtemps que les malades peuvent prendre des aliments liquides. On diminuera dans ces cas, l'excitabilité de l'œsophage, par l'administration interne de *morphine*, seule ou associée à la *cocaïne* ou à l'*antipyrine* ou au *menthol*, sous forme de pastilles comprimées, qu'on laissera fondre lentement dans la bouche, et dont voici la formule :

Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 005 milligr.
— de cocaïne .	0 gr. 0025 —
Antipyrine	0 gr. 10 centigr.
Sucre	0 gr. 30 —

F. S. A. 30 pastilles (à prendre, 1 à 2, plusieurs fois par jour, immédiatement avant le repas).

Mais souvent il faut renoncer à la morphine. Alors on tente l'*anesthésie locale*, à l'aide d'une seringue œsophagienne, en injectant à l'endroit même, 3 grammes environ (1) d'une solution contenant 1 à 4 pour cent de *nitrate d'argent*, ou bien 3 0/0 d'*eucaïne*. On intervient ainsi, tous les deux jours d'abord, ensuite plus rarement; avec l'eucaïne on peut faire deux injections dans la même journée. Alors la déglutition est parfois remarquablement facilitée, quoique souvent, d'une façon purement passagère. Les aliments à prescrire seront évidemment liquides, en recommandant au malade d'avaler lentement, tranquillement, avec plusieurs pauses, et en écartant les mets et liquides excitants (poivre, alcool concentré, etc.).

X. — Zur Behandlung der Gallensteinkrankheit (*Traitement de la lithiase biliaire*); par G. Gerhardt. (*Die Therapie der Gegenwart*, février, 1899.)

X. — Il s'agit du traitement prophylaxique, en s'appuyant sur les nombreuses influences qui contribuent à la formation des calculs : *vie sédentaire, manque d'exercice, compression du foie* par les *vêtements, digestion paresseuse.* Ces causes expliquent la fréquence de cette diathèse chez la femme, par rapport à l'homme (20,6 0/0 contre 4,4 0/0) (2). Les premières indications sont : beaucoup de *mouvement, vêtements peu serrés*, régularité des *garde-robes, boissons copieuses* (eaux minérales, eau chaude).

Quant à l'alimentation, M. Gerhardt fait observer que dans les établissements où les aliments végétaux (en particulier les pommes de terre) prédominent, la lithiase biliaire est plus fréquente. Comme médicament, l'*oléate de soude* conviendrait en supprimant la douleur chez la plupart des malades, en produisant toutefois chez quelques-uns, des maux d'estomac.

(1) Le contenu d'une seringue.
(2) Schrœder cité par Naunyn.

XI. — Ueber physikalische Entfettungscuren (*Cure physique d'amaigrissement*); par Winternitz (de Vienne). (*Ibidem.*)

XI. — L'obésité, sous ses formes les plus variées, peut être guérie et améliorée dans tous les cas, par les moyens physiques seuls (chaleur, froid, travail musculaire), sans restreindre en quoi que ce soit l'alimentation, ni en qualité ni en quantité. Toutes les cures recommandées jusqu'ici sont défectueuses, ou en produisant un certain degré d'inanition, ou en introduisant dans le corps des substances toxiques (tablettes de glande thyroïde, etc.).

Formes d'obésité. — Il faut distinguer deux formes bien différentes d'obésité : l'une est indice d'anémie, et l'autre de richesse du sang. La première peut être la conséquence d'une maladie; exemples : après le rhumatisme articulaire chronique qui mène à un état d'anémie plus ou moins grand, ou entrave les mouvements musculaires ; dans les processus qui gênent la fonction pulmonaire ; dans les troubles nutritifs qui abaissent les oxydations intra-organiques ; dans la diathèse urique, etc. La deuxième forme se rencontre chez les gens bien portants, robustes, à brillante constitution, comme suite d'une superalimentation, de manque d'exercice et d'air, etc. Enfin, il y a des cas qu'on ne peut classer, qu'on trouve chez des personnes qui suivent à merveille les règles d'hygiène et de diététique : c'est l'obésité proprement dite, qu'on ne peut réduire que d'une façon passagère.

Traitement. — D'après Winternitz, on arrive par les seuls moyens physiques, sans réduire l'alimentation ou à peine, à obtenir une forte diminution de graisse, à abaisser à volonté le poids du corps, à améliorer la faculté locomotrice et le bien-être général. Pour cela il est nécessaire de rappeler :

1° Que le moyen thermique possible d'augmenter la production de chaleur, augmente la combustion de la graisse ;

2° Que la chaleur organique est le résultat final de l'oxydation des matières non azotées, et principalement des graisses ;

3° Que la contraction volontaire et involontaire des muscles joue le rôle principal dans la production de chaleur, et ainsi dans la combustion des graisses ;

4° Que l'abaissement de la température du corps par la cure d'eau, en cas de production calorique exagérée, empêche la fièvre et aussi la décomposition d'albumine ;

5° Que la production de sueur empêche la destruction de la molécule albuminoïde, tout en abaissant le quantum d'eau, en éliminant différents produits nutritifs intermédiaires et en modifiant la composition du sang.

En d'autres termes, la chaleur, le froid, la sudation, le travail musculaire, ont direction sur l'état du sang, sur les échanges nutritifs, sur les oxydations intra-organiques, et sont ainsi en état de produire avec une sûreté physique, de bons effets, dans les formes anémiques et hyperhémiques de l'obésité. Chez les *obèses à forme anémique*, on emploiera les méthodes qui stimulent et fortifient les fonctions et favorisent la circulation, les échanges nutritifs et les oxydations ; réchauffement du corps, procédés mécaniques, répétés plusieurs fois par 24 heures, dès que le malade peut se vouer complètement à sa cure. Pour les malades non habitués aux effets mécaniques et thermiques, on commencera par des ablutions partielles ou des frictions, le matin d'abord, pour éviter de prolonger par trop le sommeil. Après quelques jours on emploiera le réchauffement vaporeux, les bains de lumière électrique de 5 à 8 minutes, puis de 10 à 15 minutes suivant la résistance du malade, et ensuite le drap mouillé ou le bain entier froid. A cause de la courte durée des bains, du faible pouvoir conducteur du tissu cellulaire sous-cutané (graisse), et de la difficulté de réaction chez de tels malades, l'eau sera d'abord assez assez fraîche (18 à 16° R.), mais la durée du bain, limitée à 1-3 minutes. Il va sans dire que des promenades progressives favoriseront les réactions, et spécialement l'ascension des montagnes, si le cœur et la respiration le permettent. Dans le cas contraire, on devra produire la réaction par la gymnastique active et passive. Si les malades en ont le temps, on fera bien de renouveler ces procédés hydrothérapiques, plusieurs fois par jour. Après la cure du matin, on peut, à midi, prendre une douche froide, de 15 à 20 secondes au plus, et dont les effets seront augmentés, si la douche est précédée d'une deuxième sudation. En cas de symptômes di-

gestifs (digestion lente, anorexie, constipation), on peut, avant la douche, prendre un bain de siège froid et de courte durée (12 à 15° R, et de 3 à 5 minutes), et on se frictionne fortement le ventre dans le bain, en ayant soin de recouvrir d'une couverture la partie supérieure du corps. L'après-midi, après complète digestion, un demi-bain, de courte durée, avec frictions mécaniques vigoureuses, ou douche en jet avec massage de tout le corps; promenades de réaction. Enfin, dans bien des cas, notamment dans la saison chaude, il est bon de porter une ceinture abdominale, qu'on change toutes les quatre ou cinq heures, et qui a pour effet de favoriser la circulation locale, d'accélérer la digestion, et d'entraver l'accumulation de graisse.

Contre l'*obésité des sanguins*, on emploiera l'enveloppement humide prolongé, et sec dans quelques cas; en outre, les procédés qui ôtent beaucoup de calorique : frictions froides, bains froids, douches froides. Les aliments ne seront diminués ni en quantité ni en qualité, mais répartis en petits repas.

XIII. — Ueber rectale Wasserzufuhr in Magenkrankeiten und bei algemeinem Wasserbedürfniss des Körpers (*Sur les injections d'eau par le rectum, dans les maladies de l'estomac, et sur le besoin d'eau pour l'organisme*); par Mering (de Halle) (in *die Therapie der Gegenwart*, avril 1899).

XIII. — M. J. Mering rappelle ses expériences antérieures, établissant que l'estomac n'est pas en état d'absorber l'eau, et que celle-ci doit passer dans l'intestin pour profiter à l'organisme. Si le soir on vide l'estomac d'un malade avec insuffisance motrice consécutive à une sténose pylorique et qu'on y introduise ensuite 500 c.c. de soupe farineuse épaisse ou 200 à 300 c.c. d'une solution concentrée de sucre, le lendemain matin on retirera de la cavité gastrique 3/4 de litre à 1 litre de liquide. Les malades à rétrécissement pylorique ou à dilatation avancée, n'émettent que peu d'urine, se dessèchent et souffrent de soif, bien que leur estomac soit rempli d'eau. L'expérimentation confirme cette loi physiologique : la résorption qui peut se faire dans l'estomac n'est qu'une loi physique (pression osmotique); dans l'intestin au contraire, l'absorption est le fait de la vie cellulaire.

Conséquences thérapeutiques. Il résulte des principes ci-dessus, que si l'estomac ne peut suffire à transvaser l'eau dans l'intestin, le médecin doit y suppléer. C'est le cas dans l'*ectasie gastrique* où les lavements systématiques (500 c.c. d'eau tiède matin et soir, avec addition d'un peu de sel, et à garder le plus longtemps possible) rendent les plus grands services ; les urines augmentent de quantité, la siccité générale et la soif diminuent. Dans les circonstances plus simples où l'activité gastrique a besoin d'être ménagée ou suspendue, les lavements d'eau sont de mise. De même dans le *carcinome*, l'*ulcus*, les *catharrhes* et *neuroses* de l'estomac; de même dans les *dyspepsies nerveuses* où souvent, 4 à 5 heures après l'ingestion de thé, café ou lait, il y a des troubles intenses (dyspepsies des liquides), il est bon de réduire le plus possible les boissons, d'une façon temporaire, en les remplaçant par des lavements. Sans restreindre les boissons, les injections rectales d'eau sont utiles, quand une *soif ardente* indique le besoin de l'organisme. Dans les cas graves de *diabète sucré*, Mering recommande aussi les lavements fréquents avec une solution de bicarbonate de soude à 1 0/0 (1). Dans les *sueurs déprimantes*, chez les phtisiques en particulier, dans les *états diarrhéiques* aigus et chroniques, en cas de grandes *hémorragies*, les mêmes indications se présentent.

XIV. — Neueres auf dem Gebiete der Rectalernahrung; par H. Strauss, Privatdoc. (*Die Therapie der Gegenwart*, février, 1899.)

XIV. — L'auteur met en relief les avantages des lavages alimentaires, par lesquels on a pu nourrir des malades pendant 70 jours (2) et plus. Le malade est couché sur le côté gauche, le siège un peu élevé, et l'on peut dans certains cas, pour éviter l'écartement des jambes chez les malades peu tranquilles, fixer les cuisses avec un bandage. On se sert d'un entonnoir qu'on élève à une hauteur de 50 à 75 centimètres. En général la quantité de liquide ne doit pas dépasser 300 c.c., bien que beaucoup supportent par la rectum, 500 c.c., et même 1 litre de lait (Aldor). La température du liquide doit être de 38°. Trois lavements par jour suffisent, et en cas d'intolérance, on ajoute dans chaque, cinq gouttes de teinture d'opium. Un seul lavage de l'intestin, le matin. L'acidité produite par la décomposition bactérienne des hydrates de carbone dans l'intestin, peut être abaissée d'après Aldor, en ajoutant au lavement de lait 1 gramme de bicarbonate de soude, ou encore des antiseptiques peu solubles, soit 25 centigr. d'acide salicylique ou de thymol.

En ce qui concerne la résorption intestinale, nous savons d'une manière positive qu'une bonne partie de *sucre* est absorbée; que 30 à 40 grammes de cet aliment sont très bien supportés par le rectum; et que nous pouvons ainsi introduire dans l'organisme, en particulier chez les *hyperacides avec insuffisance motrice* et dans l'*hypersécrétion*, une partie des hydrates de carbone nécessaires. L'*alcool* est bien résorbé, sans qu'il en soit de même pour la *graisse* (à peine 10 grammes par jour). Toutefois Leube a eu de meilleurs résultats avec la graisse provenant de la substance pancréatique. La résorption des *sels* n'est plus discutée, et l'on s'accorde à reconnaitre au *sel de cuisine* la propriété de favoriser l'absorption, et d'être indispensable à tous lavements alimentaires.

D'après Plantenga, les aliments alimentaires composés de graisse et d'albumine n'introduiraient dans le corps, pas plus de 200 calories. Quant aux matières albuminoïdes en particuliers, le même auteur estime que la *somatose* peut être absorbée par la rectum, à raison de 25 grammes, soit à peine 100 calories. Au contraire Kuhn et Völker rejettent cette substance, comme inabsorbable et excitant la muqueuse intestinale. La *nutrose* ne vaut pas mieux d'après Brandenbourg, ainsi que l'*eucasine* (H. Strauss) et l'*alcarnose*.

BIBLIOGRAPHIE

Les modifications pathologiques du canal digestif dans l'anémie pernicieuse et l'atrophie intestinale; par Knud Faber et C.-E. Bloch.

Le rapport présente quatre cas d'anémie pernicieuse incontestable. Dans les quatre cas, les recherches ont porté sur le fonctionnement de l'estomac, et de plus l'estomac a été minutieusement examiné au microscope dans deux cas, l'intestin dans trois.

Dans les quatre cas on a pu constater un abaissement considérable ou une suspension complète du fonctionnement chimique de l'estomac; en effet, une heure après un repas qui consistait en une tasse de thé et un biscuit, on constata qu'à l'intérieur de l'estomac la chymification était mauvaise, la réaction par l'acide chlorhydrique libre nulle, et le résultat du titrage de l'acidité totale inférieur à dix dans les trois cas en question. Dans le quatrième cas, ce tirage donna vingt-huit. Le pouvoir peptonisant du suc gastrique témoignait d'une baisse correspondante. Dans les 2 cas où l'estomac fut examiné au microscope, on constata que sa muqueuse était le siège d'un processus inflammatoire variant d'intensité et de nature, étant de la plus ancienne date au cardia, et les signes diminuant du cardia au pylore pour disparaitre complètement dans le duodénum.

En outre, on trouve les glandes réduites et atrophiées, état également très prononcé dans le fond de l'estomac. On était donc en face d'une gastrite interstitielle progressive atrophiante (Lubarch). L'exploration de l'intestin porta en particulier sur les processus atrophiants constatés par les investigateurs allemands, surtout dans ces dernières années, ces savants ayant prétendu pouvoir expliquer par ces phénomènes l'origine de l'anémie pernicieuse.

Dans le premier cas, nous retrouvâmes exactement l'aspect décrit comme atrophie par nos prédécesseurs, mais divers motifs nous retinrent d'accorder pleine confiance à cette interprétation, surtout la pensée qu'ici une partie des modifications pourraient bien résulter d'une altération cadavérique. Dans les deux derniers cas, nous injectâmes donc, peu après la mort, une solution de formol dans la cavité péritonéale, afin de fixer

(1) *Ibidem*, p. 146.
(2) *Riegel, Magenkrankh. Nothnagel's spec. Pathol.*

les tissus peu de temps après la cessation de la vie et de prévenir les altérations susdites. L'aspect de l'intestin après ce traitement différait foncièrement de celui que présentent les intestins dans les amphithéâtres. La plus grande partie de l'intestin n'était que médiocrement contractée, sans trace du météorisme cadavérique ordinaire, seulement certains points étaient fortement distendus. La section révéla dans l'intestin grêle des valvules conniventes et des plis transversaux de la muqueuse partout où il n'y avait pas distension, les parties distendues présentant des parois tout à fait minces et lisses.

L'examen au microscope fit constater que toutes les couches de l'intestin étaient bien conservées et à l'état naturel ; partout de l'épithélium et des villosités mais tandis que les glandes et les villosités des points à parois épaisses furent trouvées à l'état naturel c'est-à-dire étroitement groupées, les parties dont les parois étaient minces présentaient un tableau tout différent. La muqueuse non seulement l'intestin était lisse mince et sans plis dans la sous écartement mutuel relativement assez grand. L'aspect qu'on trouva à ces points à minces parois ressemblait beaucoup à celui qu'on attribue à l'atrophie. Mais les parties à parois minces étant également distendues, comme on le constata ultérieurement par des mensurations, cela fit surgir l'objection que peut-être les modifications constatées aux points à parois minces sont l'effet de la distension. Il pouvait y avoir différence de contexture entre les parties distendues et celles qui étaient contractées; pour élucider ce point nous consultâmes les manuels d'anatomie où l'on pouvait s'attendre à trouver des renseignement à ce sujet, puisque chose généralement connue, l'intestin vivant est le théâtre d'une alternance continuelle de contractions et de distensions, n'y trouvant pas l'éclaircissement désiré, nous expérimentâmes tant sur des intestins humains momifiés au formol peu après la mort, que sur des intestins d'animaux. Dans ces recherches, on distendit un morceau de boyau et partant de cette distension artificielle, on en compara l'image donnée par le microscope avec l'image correspondante d'un intestin contracté.

Nous vîmes alors que la muqueuse subissait deux sortes de transformations suivant les exigences qui lui étaient imposées durant la contraction et pendant la distension.

En premier lieu cette membrane muqueuse se plisse par l'effet de la contraction et efface ces plis en se distendant. Mais ce n'est pas tout, les glandes de Lieberkühn, que la contraction a comprimées et rendues contiguës, sont écartées les unes des autres par la distension, en sorte que l'interstice qui sépare les diverses glandes augmente considérablement et qu'en même temps la muqueuse entière perd de son épaisseur. La distension modifie la forme des glandes et des villosités. Les glandes se raccourcissent, s'épaississent, ondulent irrégulièrement, les villosités aussi s'élargissent à la base, deviennent plus courtes et plus épaisses. De même que la muqueuse s'amincit, les autres couches aussi deviennent plus minces, durant la distension, surtout celles des muscles, la couche circulaire présente une différence toute particulière entre les parties contractées et les parties distendues. En coupe longitudinale, le système circulaire des muscles de l'intestin contracté affectait la forme de faisceaux épais et plats tandis qu'au fur et à mesure de la distension, ces faisceaux s'éloignaient les uns des autres et se plaçaient en biais. Ici donc les faisceaux musculaire de l'intestin contracté affectaient vis-à-vis de ceux de l'intestin dilaté les mêmes différences de position que les lattes d'une jalousie déroulée. En outre on constata que la longueur de l'intestin traité au formol était reduite à près de la moitié de celle qu'on lui assigne ordinairement.

Les expériences faites sur des animaux ont permis de constater qu'aussi à cet égard l'intestin fixé au formol peu de temps après la mort se comportait comme l'intestin vivant et faisait contraste avec l'intestin momifié, météorisé par les processus cadavériques.

Ces recherches mirent en évidence que dans deux cas examinés par nous, on ne peut pas constater l'atrophie du canal intestinal. Par suite des ces mêmes recherches, et forts de l'expérience que nous ont donnée l'exploration de l'intestin dans notre premier cas d'anémie pernicieuse et l'examen de nombreux intestins ayant subi la transformation cadavéreuse, nous pouvons établir que la distension et la putréfaction, agissant de concert sont à même de susciter l'état que d'après son aspect, les autres caractérisent sous le nom d'atrophie. Quand on ne peut exclure ces deux facteurs, le diagnostic d'atrophie devient impossible.

En consultant tout ce qui a été publié jusqu'ici sur l'étude de l'atrophie intestinale dans l'anémie pernicieuse, on n'a découvert aucun cas capable de démentir cette critique. Nous pouvons donc maintenir qu'on n'a encore constaté dans le canal intestinal aucun processus atrophiant dû à l'anémie pernicieuse.

Somme toute, il semble que la doctrine de Nothnagel, sur l'atrophie intestinale ne puisse pas être maintenue. (*Nordiskt Medicinskt Arkiv.* Ny Följd. Band X, 1899.)

Sclérose vésico-prostatique à la suite d'une pneumonie grippale; par M. le Dr Panaghis N. Divaris. (*Ann. des malad des voies urinaires.*)

Il s'agit d'un malade, âgé de 39 ans, chez lequel on constate une augmentation du volume de la prostate; le canal est libre; les urines sont normales; le malade ne se plaint que de douleurs vagues au périnée s'irradiant vers les cuisses, les testicules et le sacrum. Peu de prostatorrhée; nous faisons le diagnostic : prostatite chronique; traitement : l'hydrothérapie, instillations au nitrate d'argent à 1/50 c. L'état du malade s'améliore beaucoup; mais après une pneumonie grippale, le malade a de fréquentes mictions surtout nocturnes; le jet de son urine est sans force et les dernières gouttes tombent en bavant; continuelles érections, ne cessant qu'à la fin de chaque miction; augmentation du volume de la prostate avec bosselures, et forme en barre; le malade ne vide pas complètement sa vessie ; rein augmenté de volume et douloureux à la pression; la sonde ne ramène de l'urine qu'un fois enfoncée à 22 centimètres. A cette période succède l'incontinence, le malade rend, en vingt-quatre heures, 2.800 grammes d'urines troubles et sanguinolentes. Présence des coli-bacilles dans l'urine; le thermomètre monte à 39° à 8 heures du matin et à 40°,4 à 8 heures du soir; la bouche est sèche; la langue empâtée; pas d'appétit. L'âge du malade ne pouvant faire penser à une hypertrophie de la prostate, malgré les symptômes, le diagnostic d'une pyélo-néphrite est posé; le malade succombe trois mois plus tard, avec des symptômes d'urémie.

A l'autopsie, la prostate de 156 grammes, sur une coupe à l'œil nu, masses blanchâtres dures, ayant la forme de lentilles, et faisant saillie à la surface de la coupe. Les muscles de la vessie sclérosés; reins atrophiés avec capsules épaisses et endurcies. Les vaisseaux sont dilatés. On se trouvait en présence d'une prostatite chronique, compliquée d'une hypertrophie de la prostate à la suite d'une pneumonie grippale, cas unique dans la littérature médicale, et c'est à ce titre que l'observation a été présentée à la Société de Chirurgie.

Emploi du permanganate de potasse comme antidote de la strychnine et de différentes autres substances:

L'acide permanganique et ses sels sont riches en oxygène et l'abandonnent facilement aux corps excitables. Jusqu'ici le permanganate de potasse a été presque exclusivement réservé pour l'usage externe comme désinfectant et antiseptique. Il a été mis pur, au contact de la muqueuse nasale, buccale, vésicale, urétrale, vaginale.

Il a été également mis en contact de la muqueuse gastrique dans le traitement du diabète et de l'aménorrhée fonctionnelle, à la dose de 5 à 20 centigrammes, trois à quatre fois par jour, et on a pu donner ainsi jusqu'à 60 centigrammes sans aucun trouble. Depuis quelques années, on a pensé à utiliser les propriétés oxydantes du permanganate comme antidote contre de nombreux empoisonnements. Stokvis, Bokai l'ont préconisé comme antidote du phosphore qu'il transforme en acide orthophosphorique; Autail, contre l'acide oxalique, l'acide cyanhydrique et leurs sels, l'essence de sabine, la strychnine, la colchicine, la muscarine; Pyle Kœrner, contre l'opium; Lacerda, contre le venin des serpents; Durante et Giordano, contre le venin des insectes et des araignées. Vers la fin de 1886, Hugounenq a montré l'action antitoxique du permanganate contre l'atropine, l'aconitine, la caféine, la cocaïne, l'hyosciamine, la pilocarpine et la vératrine. Dans un travail récent, M. E. Para-

tore (*Clinica med. ital.*, 1899, p. 131) a démontré que, parmi les alcaloïdes qui sont détruits par le permanganate, il faut ajouter le curare, la nicotine, l'aconitine.

Il a également étudié l'action composée du permanganate de potasse dans l'empoisonnement par la strychnine avec les autres contre-poisons habituellement préconisés, c'est-à-dire le tannin et l'iode. Le résultat de ces recherches a été en faveur de la supériorité du permanganate de potasse qu'on emploiera soit en injections directes, soit en lavages de l'estomac. (*Revue scientifique.*)

Maladies et vices corporels en Finlande selon les exemptions et la revision des conscrits; Par le Dr K.-E. Linden.

Les recherches de l'auteur comprennent les années 1886-1889, 1891-1897. La somme totale des conscrits à la revision est de 201.988. Pour les affections plus remarquables comme tuberculose, carie, hernies, débilité générale rachitisme aliénation mentale, idiotie, épilepsie, trachoma, conjonctivite chronique et cécité il donne les résultats pour les districts de revision, quant aux affections plus rares il ne note leur fréquence que par gouvernements.

Pendant les onze années 1886 à 1897, 10,4 0/00 ont été exemptés à cause de tuberculose et 17,5 pour autres maladies pulmonaires. Il est probable que parmi ces derniers plusieurs ont été affectés de tuberculose. La tuberculose pulmonaire est plus fréquente dans la partie méridionale du gouvernement d'Abo, ou le chiffre monte dans quelques endroits jusqu'à 34,1 0/00. Les endroits où la fréquence de la tuberculose et la plus faible sont les gouvernements de Saint-Michel et de Tavast chus avec 5,2 et 3,2 0/00. 19.983 ont été présents à la revision pendant la période nommée. Pour les villes, situées dans les endroits du pays où la tuberculose est plus fréquente le nombre des exemptés a été plus élevé au contraire.

En comparant le chiffre des exemptés par an on trouve que la moyenne pour les années 1887-1889 est de 14,7 et pour les autres de 9,2. La cause en est, selon l'auteur, les grandes disettes (1866-1868) pendant lesquelles sont nés les conscrits 1887-1889. Les disettes étaient alors si terribles que l'année 1868 le nombre des morts surpassait celui des nouveau-nés de 93.963 sur une population de 1.800.000. Aussi le nombre des conscrits en 1889 était de 257 0/00 plus faible que les années précédentes.

Enfin il est plus que probable que les individus qui sont nés et ont vécu leurs premières années dans la plus terrible misère ont une constitution plus faible et une moindre résistance contre diverses maladies, spécialement la tuberculose. Pour cause de scrofulose (adénites tuberculeuses) 5,8 0/00 ont été exemptés. Le gouvernement de Kuopio a le chiffre le plus haut 15 0/00 ; le plus faible, 1,8, le gouvernement d'Abo. Il esi remarquable que dans ce dernier gouvernement, où la tuberculose est la plus répandue, la scrofulose est la plus rare. Le chiffre moyen des exemptés à cause de carie est de 4,6 0/00. Il n'y a pas de différences remarquables dans les gouvernements du pays relativement à cette affection. Les chiffres les plus élevés se trouvent dans les gouvernements d'Abo et d'Uleaborg, 5,8 et 5,7 0/00 le plus faible 3,4 0/00 dans le gouvernement de Kuopio qui fait que la scrofulose doit être regardée comme une cause prédisposante des hernies. Pour cause de débilité générale sont exemptés en moyenne 162,2 0/00. Selon les expériences, ce nombre remarquable dépend du fait que l'*organisme des Finnois n'est pas encore complètement développé à l'âge de la conscription.* Les gouvernements de Wiborg, de Saint-Michel et de Kuopio ont les chiffres les plus haut par endroits ils y montent jusqu'à 335 0/00. Les chiffres les plus haut ont les gouvernements d'Uleaborg, de Tavastchus et d'Abo. Il est remarquable que les chiffres de la débilité générale et ceux de la tuberculose ne montrent aucune correspondance, surtout dans le gouvernement de Saint-Michel, les parties orientales du gouvernement de Koupio et dans le gouvernement d'Abo la relation reste toute contraire. En conformité avec la tuberculose ou trouve la débilité générale plus répandue dans les villes situées dans les parties du pays où les chiffres de cette affection sont plus élevés et, au contraire, la fréquence de la débilité générale dans les parties orientales du pays dépend probablement de la situation hygiénique et économique inférieure de la population. Il est remarquable que dans le gouvernement de Wiborg, qui présente le plus haut chiffre pour la débilité générale, la mortalité de l'enfance est la plus élevée. Aussi trouve-t-on dans tout le pays une correspondance réelle entre la débilité générale et la mortalité de l'enfance.

Pour cause des difformités du thorax, suites du rachitisme, 9 0/00 sont exemptés en moyenne. Le chiffre le plus élevé est dans le gouvernement de Wiborg, à savoir 18,9 ; le plus faible dans le gouvernement d'Abo. Dans tout le pays il y a une correspondance réelle entre cette affection et la mortalité de l'enfance. Pour cause d'*aliénation mentale*, *d'épilepsie* et d'*idiotisme* sont exemptés 8 0/00. De ces affections la correspondance est la plus grande entre l'*épilepsie* et l'*idiotisme*. La fréquence des mêmes affections est plus haute dans les gouvernements de Wasa, d'Uleaborg, d'Abo et de Tavastchus.

Quant à l'*aliénation*, les gouvernements de Tavastchus et de Saint-Michel restent les premiers, ceux d'Abo et de Wiborg les derniers. Les différences en sont pourtant très remarquables. En comparant les différentes périodes, les chiffres moyens sont plus hauts pour 1887-1889 que pour 1891-1897.

Pour cause de maladies des yeux (trachoma, conjonctivites chroniques, affections de la cornée, cécité de l'un ou des deux yeux et autres maladies des yeux) sont exemptés 31,5 0/00 et de plus 1,5 0/00 à cause de myopie et 0,6 0/00 pour hypermétropie. Les maladies des yeux sont plus répandues dans le gouvernement le plus au nord d'Uleaborg, puis dans ceux de Wasa, de Kuopio et de Tavastchus. La fréquence en est la plus faible dans les gouvernements de Saint-Michel et de Nyland. Les Trachoma, affections de la cornée et autres maladies des yeux sont plus fréquentes dans les gouvernements d'Uleaborg, de Kuopio, de Wasa et de Tavastchus. (*Nord. Medic. Arkiv.*)

Déplacement du cœur par les épanchements pleuraux au point de vue expérimental; par Sallé. (Thèse de Doctorat, Paris, 1899.)

On admet communément que dans les épanchements de la plèvre gauche le cœur est refoulé vers la droite ; la pointe oscille autour de la base supposée fixe, comme autour d'un pivot. M. Dieulafoy s'est même basé sur ce phénomène pour évaluer approximativement la quantité de liquide épanché. D'après l'auteur, les choses se passeraient différemment. Si l'on injecte, en effet, un liquide dans la plèvre gauche d'un cadavre, dont l'appareil cardio-pulmonaire est supposé sain, de façon à simuler des épanchements de volume différent, on observe les phénomènes suivants. D'une façon générale le cœur se déplace *en masse* vers la droite ; jusqu'à trois litres cependant, la translation de la pointe est proportionnellement plus marquée que celle de la base, mais la différence n'atteint jamais plus de 4 à 6 millimètres. A partir de trois litres, le phénomène inverse se produit, la base se déplace vers la droite 1 à 2 millimètres de plus que la pointe, on note en même temps un léger abaissement du cœur. Mais quelle que soit la quantité de liquide injecté, la pointe du cœur ne franchit jamais le bord droit du sternum ; et, si en clinique on perçoit des battements à droite du sternum, dans les pleurésies gauches à grand épanchement, on devra les considérer comme dérivant de la base du cœur, dont l'expansion se transmet facilement à la paroi. C'est d'ailleurs à une conclusion analogue qu'était déjà arrivé M. Bard, dans une récente étude sur la pleurésie à grand épanchement. F. Ramond.

L'Esprit des autres. — On ne doit pas sacrifier le petit au grand, pour lui constituer encore plus de grandeur. A chacun sa part, c'est la loi de justice. (E. Pelletan, *Jarousseau, le Pasteur du Désert*, p. VIII.)

Comment on fait une sainte. — « Nous faisons une visite à l'oratoire de Notre-Dame-de-la-Fontaine, fondé par saint Brieuc et reconstruit, il y a soixante ans, par une pieuse demoiselle. A l'extérieur, pierre tumulaire et statue, encastrée dans le mur, de sainte Ossuaire, qui n'est autre qu'une dame de La Morandaye, morte en 1475 et transformée en sainte par un badigeonneur. L'histoire ne manque pas d'originalité. (Paul Eudel, *A travers la Bretagne*, P. Ollendorff, éditeur, p. 198.)

VARIA

Le certificat médical délivré conformément à la loi sur les accidents du travail peut-il être écrit sur papier libre et comment doit-il être rédigé?

On nous a demandé de divers côtés si le certificat délivré conformément à l'article 11 de la loi sur les accidents du travail devait ou non être rédigé sur papier timbré. Bien que dans une autre circonstance nous ayons acquis la conviction qu'il n'y a pas de labyrinthe plus dangereux que la Direction générale de l'Enregistremont, où les employés. si haut placés qu'ils soient, n'engagent qu'eux-mêmes et non leur Administration en fournissant les renseignements qu'on leur demande, nous avons néanmoins prié avant-hier la Direction générale de nous dire si le certificat en question devait être délivré sur papier libre ou sur papier timbré. Il nous a été répondu qu'une circulaire de l'Administration, actuellement sous presse, portait que le dit certificat pouvait être rédigé sur papier libre. D'ailleurs, la chose paraissait telle d'après le passage suivant de la circulaire adressée aux procureurs généraux par le Ministre de la Justice :

« L'article 29 impose au Trésor l'abandon complet et définitif de tous les droits de timbre et d'enregistrement auxquels pourraient donner ouverture les actes et les jugements faits ou rendus en vertu ou pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898. Ces actes et ces jugements sont visés pour timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement. »

J'extrais de l'instruction préparée par l'Administration générale de l'Enregistrement les passages suivants qui renferment le commentaire de cette déposition :

« L'article, 29 conçu dans les termes les plus larges, vise par l'expression « jugement », toutes les décisions judiciaires de quelque autorité qu'elles émanent, et embrasse sous la dénomination d' « actes », notamment toutes les pièces relatives à la constatation de l'accident (art. 11 et suivants). »

En ce qui concerne le fond du certificat, le médecin doit rendre suffisamment compte de l'état de la victime et des suites probables de l'accident. Dans le cas où le magistrat commis jugerait le certificat insuffisant, la loi autorise à désigner un médecin qui procédera à un nouvel examen, après avoir prêté serment. Le médecin sera invité à décrire les lésions, à indiquer la date probable à laquelle la blessure sera consolidée, à dire s'il en résultera une incapacité permanente ou seulement une incapacité temporaire. Dans le cas d'incapacité permanente partielle, le rapport s'expliquera sur la diminution d'aptitude au travail qui sera éprouvée par la victime; en cas d'incapacité temporaire, il indiquera la date probable de la guérison. D'après la circulaire du Garde des Sceaux, le juge de paix ne devra user qu'avec une grande réserve de la faculté qui lui est laissée de faire appel à un médecin. Le plus souvent, l'expertise n'aura aucune utilité et il conviendra de s'en tenir au certificat initial. La commission d'un médecin ne sera vraiment nécessaire que dans le cas où ce certificat n'aurait pas été dressé. On est encore trop près de l'accident pour que l'homme de l'art puisse se prononcer en connaissance de cause sur ses conséquences. (*Gazette Médicale de Nantes* du 26 août 1899.)

Exercices spéciaux du Service de Santé en 1899.

Programme des exercices.

Première journée (mardi 3 octobre). — 7 h. 1/2 du matin : Chargement des voitures des formations sanitaires aux docks du Service de Santé (53, boulevard de Latour-Maubourg). Pendant cette opération le matériel du Service de Santé en campagne sera exposé dans un des magasins des docks. Un médecin-major de 1re classe assisté au besoin d'un ou plusieurs médecins, donnera toutes les explications qui seront demandées. — 11 heures : Départ des formations pour Saint-Denis, Exercices de fonctionnement des formations pendant la marche.

Deuxième journée (mercredi 4 octobre). — Fonctionnement du Service de Santé pendant le combat d'une division; l'engagement aura lieu sur la rive droite de la Morée et vers l'Orme de Morlu. (Station du Bourget (nord) ou de la Courneuve Dugny (Grande ceinture).

Troisième journée (jeudi 5 octobre). — Service de Santé après le combat. Exploration du champ de bataille; dispersion sur les points d'hospitalisation. (Gîte d'étape : Gonesse.)

Quatrième journée (vendredi 6 octobre). — Service de Santé dans un détachement de toutes armes chargé de la poursuite, le long de la route de Paris à Lille.

Cinquième journée (samedi 7 octobre). — Evacuation des blessés à la gare du Bourget, organisation du service sur le champ de bataille et sur les routes. Organisation de la gare d'évacuation. Embarquement de l'ambulance.

N. B. — Les médecins et officiers d'administration de la réserve et de l'armée territoriale sont autorisés, par décision de M. le Gouverneur militaire de Paris en date du 23 septembre, à assister à ces exercices, en tenue militaire (tenue de campagne, sauf la giberne et le brassard réservés aux officiers prenant part à la manœuvre).

L'Université de Paris en 1898.

L'Université de Paris qui comptait, pendant l'annéo scolaire 1896-1897, 21 cours libres, en comptait, en 1897-98, 27 dont la répartition est la suivante :

Théologie protestante	1
Droit	3
Médecine	12
Sciences	1
Lettres	8
Pharmacie	2

Au cours de la dernière année scolaire, l'Université de Paris a donné l'enseignement à 14.346 étudiants (au lieu de 14.633 en 1896-97), savoir :

Théologie protestante	95
Droit	4.607
Médecine	4.495
Sciences	1.370
Lettres	1.989
Pharmacie	1.790

La Sorbonne qui, en 1886-87, ne comptait que 1.400 élèves a vu, en 1897-98, ce chiffre s'accroître et atteindre 3.359 élèves.

Si nous comparons les chiffres de la population scolaire des divers établissements d'enseignement supérieur depuis 1886, nous obtenons les résultats suivants :

	1885-86	1891-92	1897-98
Médecine	3.696	4.250	4.495
Droit	3.786	4.111	4.607
Pharmacie	1.767	1.547	1.790
Lettres	928	1.185	1.989
Sciences	407	655	1.370
Théologie protestante	35	36	95
Total	10 679	11.784	14.346

Le nombre des étudiants étrangers s'élève à 1.172 élèves répartis comme il suit : Médecine, 623 (surtout Roumains et Russes); Théologie protestante, 22; Droit, 300 (surtout Roumains, Turcs, Egyptiens); Sciences, 110; Lettres, 117, dont 19 Allemands. Quant aux élèves femmes, on en compte 363, dont 187 étrangères :

Médecine	144 dont 113 étrangères
Sciences	85 — 20 —
Lettres	51 (étrangères)
Pharmacie	20 dont 3 étrangères.

Dans les chiffres de l'Ecole de Médecine et de l'Ecole de Pharmacie ne sont pas comprises 94 élèves sage-femmes et 50 herboristes.

Pendant l'année scolaire 1897-98, l'Université de Paris a entretenu 202 boursiers dont :

74	pour les Lettres.
50	— les Sciences.
29	— la Médecine.
19	— la Théologie protestante.
15	— le Droit.
15	— la Pharmacie

(*Revue scientifique* du 2 septembre 1899.)

Les épidémies de peste.

La peste en Portugal.

Les journaux politiques publient les dépêches suivantes : Deux cas de peste ont été constatés le 23 septembre à Oporto. Le succès des inoculations de sérum antipesteux Yersin faites la par mission pastorienne qui s'est rendue à Oporto est complet. Voici, en effet, le télégramme transmis par le consul dans cette ville à M. Delcassé, qui s'est empressé de le communiquer à l'institut Pasteur : « Réunion internationale dimanche pour rapport final. Expériences du laboratoire français parfaites. Aucun décès des malades prêtés. » Les membres de la mission comptent partir le 29 septembre.

Oporto, le 25 septembre. — Le Dr Calmette, rapporteur de la Commission internationale, conclut à la généralisation de la vaccination. Il ajoute que les mesures de prophylaxie appliquées aux individus et aux villes seraient de nature à suspendre bientôt la propagation de l'épidémie. Avant-hier 2 décès, hier 1 décès et aujourd'hui 1 cas ont été constatés. La mission française partira demain après-midi à Lisbonne, d'où elle s'embarquera pour Paris.

26 *septembre.* — A Oporto, la mission française a terminé ses études. Toute la colonie française de la ville, le personnel du consulat, du Crédit lyonnais, de la Compagnie des eaux, le personnel médical des postes de désinfection et du laboratoire d'hygiène ont été vaccinés par le Dr Calmette avec le sérum de l'institut Pasteur.

La peste en Russie.

Saint-Pétersbourg. — Des informations très sérieuses, quoique non officielles, signalent des cas de peste à Tsaritsyne.

Mesures contre la peste en Espagne.

Madrid. — Les provenances de Calcutta sont déclarées suspectes : les passagers seront envoyés au lazaret. Les provenances de Penang et du détroit de Malacca seront, par contre, admises sans quarantaine.

Mesures contre la peste en France.

Dans toutes les communes du littoral de Brest à Hendaye, des mesures ont été prises et les bureaux d'hygiène redoublent d'activité. La circulaire suivante a été adressée par les préfets à tous les maires des communes du littoral :

« M. le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, a prescrit certaines mesures de défense à prendre contre la peste qui sévit en ce moment dans le Portugal.

« L'une de ces mesures consiste à interdire aux pêcheurs, d'une façon absolue, toute communication, même indirecte, avec les côtes du Portugal et du nord de l'Espagne tant que la présence de la peste continuera à être signalée dans ces parages. Il importe, en effet, de leur montrer clairement le grave péril des communications de ce genre, péril pour eux-mêmes, pour les populations des ports auxquels ils appartiennent, pour le pays tout entier.

« J'ai l'honneur de vous prier, en conséquence, de vouloir bien user de votre influence auprès des armateurs ou propriétaires de bateaux de pêche pour que la descente à terre sur les côtes du Portugal ou de l'Espagne soit rigoureusement prohibée aux pêcheurs.

« Je sais bien que les bateaux seront obligés d'embarquer au départ une quantité de rogue suffisante pour la campagne de pêche, et que, la rogue coûtant un peu plus cher qu'en Portugal, ce sera, pour les armateurs ou propriétaires, un léger surcroît de dépense; mais je suis persuadé qu'ils l'accepteront, dans les circonstances graves où nous sommes. »

Arrêté relatif aux bourses de doctorat.

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le vendredi 27 octobre 1899.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le vendredi 20 octobre, à quatre heures.

Art. 3. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consisteront en compositions écrites.

Art. 4. — Sont admis à concourir : A. *Régime du décret du 31 juillet* 1893. — 1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie.)

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie); *b*) une composition d'histologie.

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition de physiologie; *b*) une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition de médecine; *b*) Une composition de chirurgie.

B. *Régime du décret du* 20 *juin* 1878 — Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition de médecine ; *b*) Une composition de chirurgie.

Deux heures accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur.

Pendant l'année 1898, 1.465 personnes ont subi le traitement antirabique à l'Institut Pasteur ; 4 sont mortes de la rage ; chez l'une d'elles, la mort est survenue 10 jours après la fin du traitement. (D'après les expériences faites sur les chiens, on est autorisé à penser que les centres nerveux des personnes mortes de rage dans les quinze jours qui suivent le traitement ont été envahies par le virus rabique avant que la cure ait pu avoir toute son efficacité.) Deux personnes ont été prises de rage au cours du traitement ; elles ne sont pas comptées parmi les traitées.

La statistique s'établit donc ainsi :

Personnes traitées	1.465
Morts	3
Mortalité p. 100	0,20

Dans le tableau suivant, les chiffres sont rapprochés de ceux fournis par les statistiques des années précédentes.

Années.	Personnes traitées.	Morts.	Mortalité p. 100.
1886.	2.671	25	0,94
1887.	1.770	14	0,79
1888.	1.622	9	0,55
1889.	1.830	7	0,38
1890.	1.540	5	0,32
1891.	1.559	4	0,25
1892.	1.790	4	0,22
1893.	1.648	6	0,36
1894.	1.387	7	0,50
1895.	1.520	5	0,33
1896.	1.388	4	0,30
1897.	1.521	6	0,39
1898.	1 465	3	0,20

(*Revue Scientifique* du 2 septembre 1899.)

Xiphopages.

On a mené grand bruit, jadis, autour des frères siamois, ces monstres doubles, nés en 1717 et morts dans un âge très avancé. Dans le courant de ce siècle, on exhiba en Europe, un autre phénomène du même genre : les deux sœurs Millie et Christine. Elles étaient nées dans le comté de Colombie, dans la Caroline du Sud. Elles étaient réunies par le dos. On vient de présenter à l'Académie de Médecine de Rio-Janeiro, au Brésil, un nouvel exemplaire curieux de monstres doubles à ombilic commun, ou, comme on dit en termes scientifiques, de *xiphopages*. Les vrais xiphopages sont rares dans la science. On n'en a observé que sept jusqu'à ce jour. Et encore, plusieurs d'entre eux n'ont vécu que quelques heures. Les xiphopages

nouvellement découverts au Brésil sont du sexe féminin. Ces deux petites filles ont déjà dix ans. Elles s'appellent Rosalina-Maria. Il est fort possible qu'on nous les expédie en Europe. Les parents voudraient être fixés sur la possibilité de séparer les deux fillettes. Naturellement, tout dépend de la conformation de la jonction. La *Nature*, à qui nous empruntons ces renseignements, rapporte qu'on a déjà opéré trois xiphopages dont deux avec succès. Avec la radiographie, il sera aisé de savoir si les deux corps sont absolument soudés ou s'ils sont indépendants. Dans ce dernier cas, on pourrait tenter, avec une grande chance de réussite, une opération chirurgicale. (*Débats.*)

Le suicide en Saxe.

Voici un document qui arrive de Dresde, et qui éclaire, comme on dit, d'un jour nouveau l'âme des Saxons qui se suicident. La Saxe est le pays où les Allemands mettent le plus d'entrain à quitter cette vie. Ils y sont le modèle et l'exemple des suicidés, et l'on peut raisonner d'eux. On penserait qu'ils ferment de préférence les yeux à la lumière quand la lumière paraît elle-même abandonner la terre, et dans les brumes obscures de janvier. Il n'en est rien. La terre n'inspire jamais plus de tendresse aux hommes que dans son deuil hivernal. Des 1 205 suicidés saxons de l'année 1898, 72 seulement se sont tués en novembre et 84 en décembre. Le chiffre des morts volontaires est un peu plus fort en janvier, et retombe à 80 en février. Mais, aux premiers bourgeons du printemps, la vie joyeuse des eaux et des arbres paraît intolérable aux humains : 105 suicides en mars, 131 en avril, 126 en mai, 136 en juin. C'est le point culminant de l'épidémie. C'est aussi le plus beau moment de l'année. Et peut-être y a-t-il une douceur particulière à partir par un beau temps dans un paysage paré de toutes ses grâces. A moins qu'on ne préfère penser que le soleil, agissant sur les cerveaux, amène des mouvements irréfléchis et que le suicide en soit un. (*Débats.*)

Statistique du Corps médical français depuis 20 ans.

	1876	1886	1896
Docteurs en Médecine	10.743	11.995	12.407
Officiers de santé	3.633	2 794	1.605
Pharmaciens	6.232	8.100	8.910
Sages-femmes.	12.847	13.639	13.065

En réunissant officiers de santé et docteurs, on voit qu'en 1897 il y avait *officiellement* 14.012 praticiens civils en France, pour une population d'environ 37 millions d'habitants ; or, il n'y avait alors que 13.065 sages-femmes, c'est-à-dire un mille en moins. En tenant compte de ce fait qu'un certain nombre de docteurs n'exercent pas, on peut donc dire qu'il y a dans notre pays autant de médecins que de sages-femmes. Les pharmaciens sont moins nombreux, d'un tiers environ ; mais, si l'on comptait les épiciers qui vendent des drogues, le chiffre monterait notablement.

Ces constatations rétrospectives, qui ne sont pas consolantes pour 1896, le sont encore moins de nos jours quand on songe qu'en 1899 c'est encore bien pis. Bientôt il y aura, en toutes choses, plus de vendeurs que d'acheteurs. En économie politique, cela s'appelle la... faillite à brève échéance. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Les puces et l'eau.

Les puces se développent avec une telle rapidité dans certaines régions de l'Afrique que les indigènes des bords du lac Victoria ont dû abandonner leurs villages devant l'invasion de ces bestioles. La larve de la puce, à l'inverse de celle des moustiques, exige pour se développer un endroit sec. Aussi, si l'on en croit le Dr R.-A. Friemann, il suffit pour s'en débarrasser d'arroser constamment pendant quelques jours le plancher et les parois des baraques, ainsi que la tente. Au bout de très peu de temps on ne pouvait trouver aucune puce dans ces locaux envahis par des bataillons de puces. Ajoutons qu'il ne s'agit pas de la puce de l'homme, mais de la puce du chat et du chien. La puce commune est très rare dans l'Orient africain. (*Lyon médical.*)

FORMULES

XXVII. — Contre la chute des cheveux.

Soufre précipité. . . . . . . 1 gramme.
Résorcine. . . . . 0 gr. 50 centigr.
Acide salicylique. . . . . . 0 — 25 —
Teinture de benjoin. . . . . 0 — 50 —
Vaseline. . . . . 30 grammes.

ou :

Résorcine. . . . . 6 grammes.
Hydrate de chloral. . . . . . . } ãã 10 —
Acide tannique. . . . . }
Teinture de benjoin. . . . . 4 —
Huile de ricin . . . . 10 —
Alcool. . . . . 200 —
(Gessner.)

XXVIII. — Contre les hémorragies.

Extrait fluide américain de seneçon. . . . 4 grammes.
Elixir de Garus. . . . . . Q. S. pour 160 —
3 à 4 cuillerées à soupe par jour. (Dalché.)

XXIX. — Limonade pour les diabétiques.

Acide citrique. . . . . 1 gramme.
Glycérine . . . . 50 —
Cognac. . . . . 50 —
Eau distillée. . . . . 900 —

XXX. — Contre les verrues.

Fleur de soufre. . . . . 30 grammes.
Glycérine. . . . . 50 —
Acide acétique peu concentré. . . . 10 —
(Kaposi.)

ou :

Sublimé corrosif. . . . . }
Alun. . . . . }
Céruse. . . . . } ãã 5 grammes.
Camphre. . . . . }
Vin acétique. . . . .
(Plenck in *Gaz. méd. belge.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 10 sept. au samedi 16 sept. 1899, les naissances ont été au nombre de 1100, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 387, illégitimes, 161. Total, 548. — *Sexe féminin* : légitimes, 387, illégitimes, 165. Total, 552.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 10 sept. au samedi 16 sept. 1899, les décès ont été au nombre de 761, savoir : 387 hommes et 374 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 8, T. 23. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 7, F. 3. T. 10. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 5, F. 2, T. 7. — Diphtérie. Croup : M. 1, F. 3, T. 4. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 102, F. 84, T. 186 — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 10, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 2, F. 2, T. 4. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 1, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 37, T. 55. — Méningite simple : M. 14, F. 9, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 17, F. 12, T. 29. — Paralysie, M. 6, F. 5, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 2, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 17, F. 30, T. 47. — Bronchite aiguë : M. 1, F. 2, T. 3. — Bronchite chronique : M. 7, F. 6, T. 13. — Broncho-pneumonie : M. 4, F. 11, T. 15. — Pneumonie : M 10, F. 8, T. 18. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 19, F. 16, T. 35. — Gastro-entérite, biberon : M. 30, F. 25, T. 55. — Gastro-enterite, sein : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 4, F. 6, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale, M. 10, F. 7, T. 17. — Sénilité : M. 6, F. 14, T. 20. — Suicides : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres morts violentes : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres causes de mort : M. 51, F. 54, T. 105. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 60, qui se décomposent ainsi : Sexe *masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 14. Total : 36. — *Sexe féminin* : légitimes, 14, illégitimes, 10. Total : 24.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira le 22 mars 1900 à l'École préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Tours pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — Un concours s'ouvrira le 26 mars 1900 devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l École préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Angers. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Laurent, médecin de 2e cl. au régiment des tirailleurs annamites en Cochinchine, dont le temps de séjour colonial est sur le point d'expirer, et M. Degroote, médecin de 2e cl. du cadre de Lorient, désigné pour le remplacer, sont autorisés a permuter Par suite, M. Laurent accomplira sur sa demande, une nouvelle période réglementaire de séjour dans la colonie. — MM. Colin et Métayer ont été nommés à l'emploi de pharmacien stagiaire des colonies.

Le Ministre de la Marine a décidé qu'il sera admis, cette année, à l'École du service de santé de la marine, à Bordeaux, 75 étudiants en médecine au lieu de 65, chiffre prémitivement fixé, dont 30 destinés au service de la marine et 45 pour le service colonial. — MM. les médecins principaux Orial, du cadre de Brest, embarqué sur l'*Amiral-Duperré*; Bohéas, du cadre de Lorient, embarqué sur le *Carnot*, et Mercier, du cadre de Cherbourg, embarqué sur la *Bretagne* sont affectés, sur leur demande : le premier à Cherbourg, le second à Brest, le troisième à Lorient.

Sont nommés au grade de médecin de 2e classe de la marine, les médecins auxiliaires de 2e classe sortant de l'École d'application, dont les noms suivent : MM. Moulinier, Vivie, Sambuc, Broquet, Fourgous, Hédie, Cavazza, Cartron, Guibaud, Guillemain, Briand, Nédelec, Le Coniac, Lebeaupin, Loro, Lasserre. — Au grade de pharmacien de 2e classe, M. Perdrigeat, pharmacien auxiliaire, sortant de l'École d'application.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Sont admis à l'École du service de santé de la marine à Bordeaux : 1° *Étudiants en Médecine* : 1, Cazamian, 2 Lancelin, 3 Roux, 4 Duville, 5 Carayon, 6 Ouzilleau, 7 Cachin, 8 Levet, 9 Thezé, 10 Gloaguen, 11 Bertand du Chazaud, 12 Donval, 13 Durand, 14 Peyrot, 15 Vincent, 16 Arnould, 17 Janneau, 18 Guyet, 19 Le Goaon, 20 Mouzels, 21 Bernoud, 22 Peyraud, 23 Bourragué, 24 Boucher, 25 Léger, 26 Gensollen, 27 Penaud, 28 Esserteau, 29 Duchâteau, 30 Hermant, 31 Geniès, 32 Bouilliez, 33 Haelewyn, 34 Pistre, 35 Coquelin, 36 Koun, 37 Leroy, 38 Franceschetti, 39 Poux, 40 Mercier, 41 Thélème, 42 Meslin, 43 Masse, 44 Deunff, 45 Heckenroth, 46 Lega, 47 Duperon, 48 Lescure, 49 Primislas-Lallement 50 Dufougeré, 51 Cristol, 52 De Goyon, 53 Dufourt, 54 Maratray, 55 Girard, 56 Fistié, 57 Le Bouvier, 58 Martin, 59 Cavasse, 60 Lemaitre, 61 Levier, 62 Pic, 63 Bruhat, 64 Parrenin, 65 Sallet, 66 Arathoon, 67 Guichoux, 68 Ratelier, 69 Eberlé, 70 Froutgous, 71 Valentino, 72 Le Moignic, 73 Bourges, 74 Saraillhé, 75 Lasserre. — 2° *Étudiants en Pharmacie* : 1 Cornaud 2 Saint-Sernin, 3 Bouyer. — Tous ces élèves devront être rendus à l'École de Bordeaux le vendredi 20 octobre prochain.

LE TYPHUS EN EUROPE. — A Lœbtau, près de Dresde, 120 cas de typhus viennent d'être officiellement constatés. Il y a eu 12 décès. Une enquête a fait découvrir que l'aqueduc de Woelfnitz, qui fournit d'eau une partie de Lœbtau, était contaminé. Il a été fermé immédiatement. D'autre part, on annonce que le typhus vient de faire son apparition en Alsace-Lorraine Il a éclaté dans la garnison de Metz. Le 12e d'artillerie et le 9e d infanterie sont particulièrement atteints : l'un a 170 malades, l'autre 77. Ils ont été évacués sous les forts. La population est d'autant plus alarmée que M. de Hammerstein, président du gouvernement de la Lorraine, a fait publier un arrêté où se laissent voir les craintes de l'Administration.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE EN ESPAGNE. — Une forte épidémie de fièvre typhoïde règne en ce moment à Madrid. On n'enregistre pas moins de 40 à 25 cas par jour.

LA FIÈVRE JAUNE A LA NOUVELLE-ORLÉANS. — On télégraphie au *Temps* de New-York : 38 nouveaux cas de fièvre jaune et 5 décès se sont produits à Key-West; il y a eu 2 décès à la Nouvelle-Orléans et 1 décès à Swinburne-Island; ce dernier décès est celui d'un soldat qui était débarqué d'un transport venant de Cuba.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Une médaille de bronze, pour acte de courage et de dévouement, a été décernée à M. Monel, étudiant en Médecine à Paris.

ASSISTANCE MÉDICALE EN CRÈTE. — On annonce une nouvelle libéralité du tsar Nicolas II en faveur des Crétois. Sur un ordre venu de Saint-Pétersbourg au ministre de Russie à Athènes, celui-ci a pris les dispositions nécessaires pour la fondation à La Canée d'une clinique avec dispensaire. Des secours médicaux et des médicaments seront gratuitement accordés à tous les pauvres crétois sans distinction de religion. On parle aussi d'un grand hôpital qui sera élevé en Crète aux frais du gouvernement russe. (*Le Temps*.)

SUICIDE A L'HÔPITAL BEAUJON. — Mme veuve Lanerie, âgée de 58 ans, blanchisseuse, en traitement à l'hôpital Beaujon, s'est suicidée en se jetant d'une fenêtre du deuxième étage dans la cour. Elle s'est fracturé, dans sa chute, le crâne et les jambes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Benjamin RASPAIL, fils du célèbre F.-V. Raspail. Il laisse toute sa fortune, évaluée à 800.000 fr., au département de la Seine, dont il fut conseiller général et député. Les valeurs mobilières et une galerie de tableaux doivent encore s'ajouter au chiffre de l'héritage. Le legs est fait à condition, pour le département, d'installer et d'entretenir dans la propriété du défunt, à Arcueil-Cachan, un hospice pour les invalides du travail. Les obsèques de M. Benjamin Raspail seront célébrées, aux frais du département, par les soins du Conseil général. — Nous apprenons en outre la mort de M. le Dr PIÉCHAUD, médecin du Sénat, décédé dans le département de Seine-et-Marne, où il était en villégiature.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SERIE. T. X. N° 40. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 7 OCTOBRE 1899.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Chimisme gastrique chez trois nourrissons âgés de 6 mois à 1 an, nourris au lait stérilisé;

Par L. NETTER, interne de la Polyclinique Henri de Rothschild.

L'étude du chimisme gastrique chez les nourrissons date des travaux de Léo en 1888 à la clinique de Senator. Depuis cette époque, de nombreuses publications ont envisagé cette question, mais il est difficile de comparer les résultats obtenus, soit que les nourrissons aient été alimentés de façon différente, soit que les sucs gastriques examinés aient été prélevés sur des enfants d'âge varié; ce dernier point, très important, a été mis en lumière par MM. Marcel et Henri Labbé (1) en 1897. En outre, la digestion du lait est loin d'être complète au moment où le chyme se déverse de l'estomac dans le duodénum. La trypsine pancréatique joue dans la digestion des albuminoïdes du lait un rôle considérable étudié par M. Charles Michel (2) dans ses travaux sur les digestions artificielles. La bile et le suc intestinal interviennent aussi dans une certaine mesure au cours de l'acte digestif. L'étude du chimisme gastrique nous renseigne donc seulement sur une des phases de la digestion du lait.

Ce chimisme a été relativement peu étudié chez les nourrissons alimentés dès les premiers jours de l'existence au moyen du lait pur stérilisé. Nous avons pu observer à la Polyclinique du Dr Henri de Rothschild trois nourrissons âgés de 6 mois à 1 an, qui, dès le début, ont pris comme nourriture exclusive du lait pur stérilisé à 115°. Ces enfants sont intéressants parce que leur alimentation a été surveillée par nous d'une façon constante; ils se présentent, en effet, régulièrement tous les huit jours à la Polyclinique, ils sont pesés à chaque présence et la quantité de lait qu'ils prennent est réglée d'après les préceptes si bien exposés par M. Marfan (3), avec cette différence toutefois que nous préférons donner le lait pur, non mélangé d'eau bouillie sucrée, parce que les mères pratiquent généralement ce mélange d'une façon absolument contraire aux règles de la propreté et de l'hygiène (4).

(1) Marcel et Henri Labbé. — *Revue mensuelle des Maladies de l'Enfance*, sept. 1897, p. 401.
(2) Charles Michel. — Th. Paris, 1896.
(3) Marfan. — Traité de l'Allaitement, Paris, 1899.
(4) H. de Rothschild. — L'Allaitement artificiel, Paris, 1898, et Thèse de Paris, 1898.

Elles reçoivent le lait dans des flacons stérilisés de 60, 100 ou 150 grammes, et c'est sur ces flacons qu'elles placent une tétine absolument propre.

Avant d'exposer nos observations nous allons résumer rapidement l'historique du chimisme gastrique chez les nourrissons. Leo, en 1888, fait un examen très documenté de la digestion stomacale chez les nouveau-nés allaités au sein; il dose uniquement l'acidité totale. Après lui, Wohlmann, Heubner, Van Puteren, Jaksch, Moncorvo continuent cette étude. Le premier travail complet sur la question est celui de Clopatt en 1892 : se servant de la méthode de Hayem et Winter, il est arrivé à déterminer les valeurs exactes des composés chlorés contenus dans le chyme des enfants à la mamelle. Il étend ensuite ses recherches aux nourrissons qui prennent du lait de vache et il trouve des chiffres notablement différents. Il conclut en niant la présence d'HCl libre dans le suc gastrique des enfants à la mamelle et il ajoute que le travail utile de l'estomac est bien plus considérable chez le nourrisson au sein que chez le nourrisson au biberon. En 1893 M. le Pr Hayem reprend les travaux de Clopatt : il extrait le contenu de l'estomac une demi-heure après une tétée de 100 grammes : il constate chez le nourrisson au sein une quantité d'éléments chlorés relativement faible (deux à trois fois moindre que chez l'adulte); l'acmé de la digestion gastrique, qui est en rapport avec l'abondance des composés chloro-organiques, se présente environ trente minutes après la tétée; les fermentations anormales sont faibles (la valeur α est peu élevée). Chez l'enfant nourri avec du lait de vache, M. Hayem donne 100 grammes de lait stérilisé qu'il extrait après une demi-heure. Tous les chiffres sont bien plus élevés dans ce dernier cas et celui du chlore total T est aussi fort que chez l'adulte. Il conclut en affirmant que le lait de vache détermine chez le nourrisson un certain degré d'hyperpepsie avec fermentations anormales. Thiercelin, en 1894, obtient les mêmes chiffres que Clopatt Zobow ne trouve pas d'acide lactique chez les enfants sains. Oddo et de Luna (Marseille 1896) contestent les résultats précédents. Pour eux, un sixième des enfants allaités artificiellement sont hyperchlorhydriques. Mais M. Mathieu a attaqué énergiquement ces conclusions : il n'y a pas d'HCl libre dans le suc gastrique des nourrissons. Thiercelin pense que lorsqu'il y en a, sa sécrétion dépend de l'action irritante due aux fermentations. Il peut apparaître dans l'estomac quand la digestion gastrique est terminée, c'est-à-dire environ deux heures après l'ingestion du repas d'épreuve (A. Czerny). En 1896, Ch. Michel constate par la méthode des digestions artificielles que la digestion gastrique du lait stérilisé est au moins

aussi parfaite que celle du lait cru. Il ajoute, après Duclaux (1), que la peptonisation de la caséine est loin de se terminer dans l'estomac; la digestion intestinale, pancréatique surtout, est de la plus haute importance. En 1898, il détermine le coefficient de l'utilisation du lait chez les nourrissons au sein (2); il y ajoute quelques expériences sur cette même utilisation chez les nourrissons allaités artificiellement. Chez les premiers, l'utilisation est de 96,1 0/0 en moyenne, chez les seconds de 93,6 0/0 seulement.

En 1897, MM. Marcel et Henri Labbé, montrent que les chiffres de Hayem sont exacts en ce qui concerne les nouveau-nés. Ces chiffres sont, en effet, très variables avec l'âge : chez les enfants à la mamelle, ils augmentent en proportion directe de l'âge du nourrisson, à l'exception de la valeur C (chlore combiné); la valeur α qui est plus petite que 1 chez le nouveau-né d'après M. Hayem, dépasse 3 à l'âge de 6 mois. Chez les enfants allaités artificiellement (lait cru), rachitiques ou athrepsiques, la différence est encore plus sensible : l'acidité totale A est plus grande, le chlore total T est presque aussi abondant que chez l'adulte, le rapport $\frac{T}{F}$ est inconstant, la valeur α est très exagérée. Raulin (3), en 1898, fait une étude du chimisme stomacal des nourrissons, dans laquelle il regrette le peu d'importance qu'on y attribue actuellement. M. Lesage, en 1897, confirme que la digestion du nouveau-né commence dans l'estomac, mais elle y est moins intense que dans l'intestin. M. Comby, dans une communication en 1898, pense que le lait stérilisé est moins bien digéré que le lait cru. Nous avons vu que M. Michel était d'un avis différent. D'après d'autres auteurs, le lait stérilisé contient des toxines qui peuvent le rendre dangereux; il ne serait pas étranger à la production de certains troubles gastro-intestinaux d'ordre toxique. Lesage répond que cela semble peu probable, car les toxines doivent être détruites dans un lait porté à la température de 115°. En tous cas, le lait stérilisé ne forme pas dans l'estomac un coagulum aussi dense que celui du lait cru : il est plus finement divisé et le brassage du bol stomacal par la paroi musculaire est facilité d'autant. L'évacuation de l'estomac est plus rapide que chez le nourrisson au lait ordinaire.

Quoiqu'il en soit, on n'attribue pas aujourd'hui une importance exclusive à la digestion gastrique du lait chez le nourrisson. Dans l'estomac, la présure coagule la caséine, le chyme devient acide grâce à la formation de l'acide lactique et des combinaisons chlorées de la caséine; pendant ce temps et grâce à la paroi musculaire de l'estomac, le chyme est soumis à une sorte de brassage. Enfin l'estomac se vide; la digestion gastrique est terminée. Mais, en somme, la peptonisation de la caséine est loin d'être achevée. Il n'en est pas moins intéressant d'étudier le chimisme qui témoigne de l'état de la digestion gastrique, et de connaître les différences qui peuvent exister entre la sécrétion chlorée du nourrisson au sein et celle du nourrisson soumis à l'allaitement artificiel. Cela laisse donc toute leur valeur aux recherches de Clopatt, Hayem, Thiercelin, Marcel et Henri Labbé.

Nous avons pratiqué chez des nourrissons de 6 mois à 1 an élevés exclusivement avec du lait stérilisé dès les premiers jours de l'existence, l'extraction d'un repas d'épreuve composé de 100 grammes de lait stérilisé au bout d'une demi-heure à partir du commencement de la tétée. Puis nous en avons dosé les éléments chlorés par la méthode d'Hayem-Winter, dont la technique nous a été enseignée par M. Jaboulay au laboratoire de M. Mathieu. Les résultats de nos observations comparés aux résultats obtenus chez les nourrissons au sein par MM. Marcel et Henri Labbé nous donneront quelques indications sur la valeur du lait stérilisé comme aliment gastrique. Le nombre de nos observations est malheureusement très faible : nous espérons en ajouter d'autres plus tard. En outre, il aurait fallu, pour rendre nos résultats plus intéressants, déterminer à quel moment l'estomac se vide complètement chez ces nourrissons. Malheureusement, nous n'avons pu compléter nos observations à ce point de vue. Quoi qu'il en soit, la moyenne des chiffres que nous avons trouvés, nous permettra une comparaison avec celle obtenue par MM. Labbé, parce qu'ils ont étudié des nourrissons du même âge que les nôtres. Ceux-ci ont tous été nourris au lait stérilisé; ils n'ont jamais eu aucune autre alimentation depuis leur première visite à la Polyclinique.

Observation I. — Paul B..., né le 7 août 1898, 10 mois. Ce nourrisson serait né avant terme à 7 mois 1/2. Il pesait 1.900 grammes le 15 septembre 1898. A la date de sa première visite à la Polyclinique, le 8 septembre, il prend 5 flacons de 60 gr. de lait stérilisé par jour. Le 22 juin 1899, il pèse 7.800 grammes. Il est âgé de 10 mois environ. Il prend 7 flacons de lait de 150 grammes. L'enfant étant à jeun, il prend 100 grammes de lait stérilisé. On retire, une demi-heure après, 26 c c. de chyme filtré. Le liquide extrait a une couleur crème, une odeur légèrement aigrelette mais non désagréable : à la surface du liquide nagent des grumeaux très finement divisés.

Pour 100

A=0,084 T=0,157 H=0 F=0,135 C=0,022 α=3,81 $\frac{T}{F}$=1,16

Le liquide contient des peptones (réaction du biuret).

Obs. II. — Germaine S..., 7 mois, née le 21 octobre 1898. Née à terme. Au sein pendant quinze jours, puis régime mixte pendant quinze autres jours. Se présente le 8 décembre 1898 à la Polyclinique. Elle pèse 4.050 grammes. On lui donne 7 flacons de 60 grammes de lait stérilisé. Chimisme le 15 juin 1899. Elle pèse 7.200 grammes, est âgée de 7 mois et prend 7 bouteilles de 150 grammes. Le liquide extrait est bien liquide, de coloration crème. Les grumeaux sont très finement divisés; une partie de ces grumeaux surnage, l'autre partie se dépose au fond et forme un dépôt semblable à de la craie pulvérisée; odeur légèrement aigrelette. On extrait 38 c c. de liquide filtré.

A=0,153 T=0,183 F=0,139 C=0,044 H=0 α=3,47 $\frac{T}{F}$=1,31

On constate la réaction des peptones.

Obs. III. — Benjamin E..., né le 11 septembre 1898, 9 mois. Se présente le 20 octobre à la Polyclinique. La mère fatiguée, multipare, se plaint d'avoir très peu de lait. L'enfant pèse 5.300 grammes. On institue le régime mixte. Le nourrisson présente une augmentation de poids insuffisante. L'allaitement artificiel est substitué à l'allaitement mixte (27 octobre). Le 8 juin 1899 l'enfant pèse 9 500 grammes; on fait un repas d'épreuve comme précédemment. Le liquide extrait est très fluide, bien qu'on y rencontre une petite quantité de mucus : la coloration est celle de la crème. Les grumeaux sont finement divisés. L'odeur est nulle. Il y a 30 centimètres cubes de liquide filtré.

A=0,117 T=0,190 F=0,143 C=0,047 H=0 α=2,48 $\frac{T}{F}$=1,32

Il y a des peptones.

A l'aide des valeurs précédentes nous pouvons établir la moyenne suivante :

A=0,118 T=0,177 F=0,139 H=0 C=0,038 α=3,25 $\frac{T}{F}$=1,26

Si nous mettons en regard les résultats obtenus par MM. Labbé, il nous sera facile de comparer. Chez les enfants de 6 mois à 1 an élevés au sein et bien portants, MM. Labbé ont trouvé :

A=0,135 T=0,222 F=0,175 H=0 C=0,045 α=3,68

On peut faire plusieurs remarques au sujet de ce rapprochement. D'abord les moyennes que nous avons obtenues chez des enfants nourris exclusivement de lait stérilisé se rapprochent beaucoup de celles trouvées par MM. Labbé chez des nourrissons à la mamelle. Cela tendrait à montrer que la digestion gastrique du lait stérilisé est peu différente de celle du lait maternel. La fermentation lactique, à cet

(1) Duclaux. — Le Lait, Paris, 1894.
(2) Cl. Michel. — *France médicale*, 1898.
(3) Raulin. — Dyspepsie des enfants du premier âge, Bordeaux, 1898.

âge, se fait aussi dans les mêmes proportions chez l'un ou l'autre nourrisson, comme le montrent les deux valeurs de α. La valeur $\frac{T}{F}$ qui, chez le nourrisson élevé au lait stérilisé est inférieure à la normale 3, semblerait indiquer qu'au bout d'une demi-heure la digestion du repas d'épreuve est peu avancée, et qu'au bout d'un certain temps, une heure par exemple, ce chiffre 3 doit être atteint. Nous n'avons pas vérifié le fait, mais une autre interprétation n'est pas impossible. Le chiffre 1,26 peut signifier que la peptonisation de la matière albuminoïde du lait ne s'accomplit pas entièrement dans l'estomac : les composés chlorés contenus dans le chyme pourraient continuer leurs combinaisons avec la caséine dans l'intestin, en présence de la trypsine. Dans nos observations, la moyenne de C est un peu plus faible que celle de MM. Labbé. Ce fait est dû au chiffre très inférieur noté dans l'observation I. La quantité de chlore fixe F est aussi un peu moindre que celle de MM. Labbé. Cela peut tenir à deux causes, soit que la quantité de chlorures minéraux soit plus faible dans le lait de vache que dans le lait de femme, soit que l'activité de la muqueuse gastrique soit moindre chez le nourrisson allaité artificiellement. D'après Filhol et Joly, le lait de vache contient 0,81 0/00 de chlorure de sodium et le lait de femme 1,35 0/00. La première cause paraît donc prépondérante.

Enfin, si, malgré le petit nombre de nos observations, il était permis de tirer une conclusion, on pourrait dire qu'en somme le chimisme gastrique des nourrissons de 6 mois à un an nourris au sein maternel se rapproche beaucoup du chimisme des nourrissons du même âge élevés avec du lait stérilisé. Ces résultats sembleraient donc montrer qu'à cet âge, le lait stérilisé est aussi bien digéré par l'estomac que le lait maternel, qu'il suscite presqu'au même degré la sécrétion chlorée, qu'il ne forme pas un coagulum serré et qu'il ne produit pas de fermentations plus intenses. Mais cela ne prouve pas que l'utilisation en soit aussi parfaite, car l'estomac est loin d'être l'unique facteur de l'acte digestif.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur un cas d'anévrisme aortique disséquant ;

Par le Dr H. PELON, chef de clinique médicale à l'Université de Montpellier.

OBSERVATION.

V..., Jules, 42 ans, carrier, entre le 3 juillet 1899 à l'Hôpital Suburbain de Montpellier, dans le service de clinique interne du Pr Carrieu.

Cet homme, fort et vigoureux, avait toujours joui d'une excellente santé, quand, huit jours auparavant, sortant tout suant de la carrière de pierres où il travaillait, il prit froid et ressentit un léger frisson. Le lendemain il commença à tousser légèrement, sans éprouver aucun autre malaise. Cette toux persista, s'accompagnant d'une expectoration muco-purulente peu abondante et revêtit un caractère spasmodique, revenant par quintes.

Dans la nuit du 1er au 2 juillet, après une violente secousse de toux, la respiration devint très difficile; le malade dut se lever, s'asseoir près d'une fenêtre, le tronc penché en avant, en proie à une vive oppression. La dyspnée augmenta encore dans la journée et le malade fut envoyé par son médecin à l'hôpital, avec le diagnostic de *laryngite striduleuse.*

Nous le voyons au moment où il arrive, le 3 au matin, tellement oppressé qu'il ne veut pas se coucher et préfère rester assis sur une chaise. C'est un homme fortement charpenté, au thorax large et bien développé ; les masses musculaires sont très saillantes.

En approchant de lui, on entend aux deux temps de la respiration un fort bruit de cornage, présentant néanmoins un maximum au moment de l'inspiration. La figure est congestionnée, les yeux injectés, les lèvres violacées. Le cou est volumineux. Les veines jugulaires des deux côtés, ainsi que toutes les veines superficielles cervicales, fortement gonflées, font une saillie énorme sous la peau; il existe ainsi à la partie antérieure du cou un réseau veineux sous-cutané très développé et gorgé de sang. On ne voit pas trace d'œdème sur la figure ni au cou. A la nuque, il y a cependant un léger bourrelet œdémateux. L'examen attentif de la gorge ne décèle absolument rien d'anormal.

En regardant le thorax, nous constatons une orthopnée des plus vives ; le rythme respiratoire est extrêmement précipité et s'accompagne de tirage sus-sternal et sus-claviculaire bilatéral. Nous voyons aussi quelques veines superficielles développées au niveau des épaules et surtout de l'épaule droite. Mais nous ne remarquons *aucune trace de voussure*, ni médiane ni latérale.

La pointe du cœur est abaissée et déviée en dehors de la ligne mammaire; elle bat dans le sixième espace intercostal. L'impulsion est énergique. L'auscultation cardiaque est impossible à cause du râle trachéal qui se propage dans la poitrine. Par la palpation on ne perçoit pas de battements aortiques au niveau et en arrière de la fourchette sternale. Le signe d'Oliver est également négatif. La percussion du thorax, en avant et en arrière, est normale de chaque côté. Il existe une matité très nette dans les régions médiastines antérieure et postérieure. A ce niveau, on ne perçoit *ni battements, ni thrill, ni souffle*. Dans le reste de la poitrine, on entend un fort râle trachéal à timbre très élevé, qui couvre tout. Nous trouvons quelques petits ganglions dans l'aisselle et dans l'aine. La voix ne présente pas de modification appréciable; elle est un peu rauque, mais *nullement bitonale.* Il n'y a *pas trace de dysphagie.* Les pupilles sont sensibles et égales. Le pouls est petit, mais régulier et absolument synchrone des deux côtés. Il n'y a pas de fièvre.

Le diagnostic porté est celui de *tumeur du médiastin.* Pour ce qui est de la nature de cette tumeur, *on écarte l'idée d'anévrisme*, étant donnée l'absence des symptômes cardinaux de l'ectasie aortique ; et l'on s'arrête au diagnostic de *tumeur ganglionnaire*, se basant surtout pour cela sur la profession du sujet, perpétuellement exposé à l'action de poussières irritantes pouvant déterminer des bronchites professionnelles avec adénopathies.

Le traitement suivant est aussitôt institué : Inhalations d'oxygène, pour calmer la dyspnée. Injections de caféine, comme toni-cardiaque. Iodure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour, pour favoriser la résolution du paquet ganglionnaire intra-thoracique.

4 juillet. — Le malade est plus calme. La respiration est moins difficile et moins bruyante. Le bruit de cornage n'est pas perceptible dans la position assise, mais seulement dès que le sujet cherche à s'allonger; alors aussi la cyanose et la dilatation des veines superficielles du cou, qui ont beaucoup diminué, réapparaissent plus fortement. On pratique l'*examen radioscopique* du thorax qui donne les résultats suivants : On voit une tumeur volumineuse au niveau de la crosse de l'aorte; cette tumeur déborde notablement des deux côtés, mais surtout à droite, l'ombre de la colonne vertébrale. Elle est limitée à droite et à gauche par une courbe assez nette sur laquelle *on ne peut pas affirmer l'existence de battements.* L'ombre du cœur est plus étendue que normalement. Les mouvements du diaphragme enfin sont plus fréquents et moins amples que d'habitude. Le traitement de la veille est continué.

5 juillet. — Même état. La dyspnée et la cyanose n'ont pas augmenté. A noter seulement une légère sensation d'engourdissement et de refroissement dans le bras droit. En outre *le pouls radial droit* qui, les jours précédents, était absolument égal et synchrone à celui du côté gauche, *est complètement supprimé. Le pouls carotidien droit ne se sent pas non plus.* Les battements de la radiale et de la carotide gauche se perçoivent comme le premier jour. A la fin de l'après-midi, le malade étant couché et reposant dans une position légèrement allongée, se relève brusquement en proie à l'oppression la plus vive; le bruit de cornage est très fort; la face est bleuâtre, congestionnée; les yeux hagards; la respiration devient de plus en plus pénible ; le malade plonge ses doigts au fond de la gorge, comme pour en arracher un corps étranger obtu-

rant le passage de l'air; il meurt asphyxié dans l'espace d'une à deux minutes.

L'*autopsie* a été faite le lendemain; après un examen assez rapide des pièces anatomiques, celles-ci ont été déposées au laboratoire d'anatomie pathologique où elles ont été étudiées soigneusement par M. le professeur agrégé Bosc qui a bien voulu, ce dont nous le remercions très vivement, nous donner un résumé très précis de ses constatations. Nous le rapportons du reste ci-dessous à peu près intégralement. Enfin, notre excellent ami, le Dr A. Layré-Dufau, s'est mis très gracieusement à notre disposition pour nous faire un dessin à la plume que nous reproduisons ci-contre. A l'autopsie, nous voyons un homme fortement bâti; le thorax volumineux ne présente aucune déformation appréciable. A l'ouverture de la poitrine, on constate une tumeur du volume d'un gros poing d'adulte, mais allongée obliquement de haut en bas et d'aspect piriforme. Le pôle supérieur est, en effet, globuleux, puis la tumeur s'allonge et se termine en pointe arrondie. Son grand axe est oblique par rapport à la ligne sternale, le renflement supérieur étant placé à gauche, et l'extrémité inférieure à droite de cette ligne.

A la palpation, toute la tumeur offre une consistance dure surtout prononcée au niveau de la partie inférieure. Le bord supérieur, irrégulièrement arrondi, de la tumeur englobe les vaisseaux cervicaux et atteint la limite inférieure du corps thyroïde, déviant légèrement la trachée vers la droite; le bord inférieur atteint le sillon auriculo-ventriculaire droit. On fait une section de la trachée au-dessous du corps thyroïde et l'on enlève en bloc les poumons, le cœur et la tumeur, l'aorte descendante étant coupée très bas. Les poumons sont volumineux et présentent une congestion passive très prononcée, surtout à gauche.

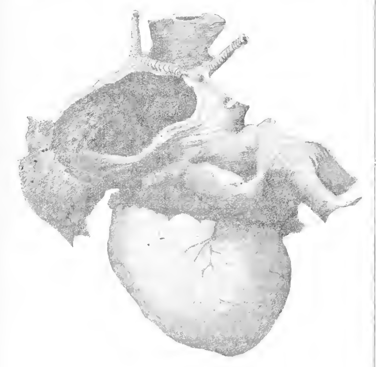


Fig. 20.

On fait une autre section au niveau des grosses bronches, et, les poumons étant enlevés, on ouvre l'aorte descendante. On arrive ainsi dans l'intérieur même de la tumeur d'où il s'échappe quelques caillots sanguins mollasses. La tumeur est alors fendue obliquement suivant son grand axe. (Dans la figure, elle est représentée ainsi ouverte, avec ses diverses poches; à gauche est l'aorte descendante ouverte et étalée, avec les lésions que nous décrirons plus bas.) La section de la partie inférieure de la tumeur est assez pénible. Du renflement supérieur gauche s'échappe une quantité assez faible de sang liquide, quelques rares caillots sanguins diffluents, ainsi que de gros caillots plus résistants. Leur ablation laisse une cavité volumineuse, irrégulière, dont la paroi est recouverte d'une couche épaisse de caillots organisés très durs. Cette cavité s'ouvre dans l'aorte par un large orifice qui occupe presque toute l'étendue de la paroi supérieure et postérieure de la crosse de l'aorte; le bord inférieur est concave et arrondi; il se continue en haut, mais en s'amincissant, et sa partie supérieure devient très mince et se distingue à peine sous une épaisse couche de caillots qui se continue dans le diverticule moyen de la tumeur qu'elle remplit complètement : ce diverticule se voit en haut et à droite de la poche précédente. Le bord inférieur en remontant vers la droite forme une concavité ouverte à gauche et vient se perdre au-dessous du diverticule moyen qui forme ainsi une sorte de gros boyau dur rempli de caillots stratifiés et appendu à la partie latérale de la grande cavité globuleuse. Le renflement moyen communique avec la partie inférieure de l'anévrisme située au-dessous; celle-ci forme une tumeur ovoïde du volume d'une mandarine, de consistance ligneuse; à la coupe, elle apparaît formée par des caillots très durs, stratifiés, renfermant au centre une toute petite cavité, comme une petite noix, remplie de caillots mous. Cette cavité communique par un très étroit chenal avec le renflement moyen, mais cette communication demeure actuellement douteuse. D'autre part, la face interne de cette cavité n'est séparée de la cavité de l'aorte ascendante que par l'endartère formant une mince pellicule gondolée, craquelée, et qui, se déchirant à son centre, met en communication l'aorte et la partie inférieure de l'anévrisme. On doit donc penser que l'on est en présence d'un anévrisme sacciforme de la crosse de l'aorte ouvert largement dans le vaisseau, et qui s'étend sous forme d'anévrisme disséquant à droite et en bas pour former un renflement volumineux rempli de caillots organisés. La partie la plus inférieure paraît être formée à la fois par continuité de l'action disséquante du renflement moyen dans la tunique aortique, et par ulcération de la membrane interne de l'aorte amincie. Il se forme ainsi un nouvel orifice dans la cavité aortique, qui d'ailleurs tend à rejoindre en haut l'orifice de la grande cavité. Le tronc brachio-céphalique est repoussé fortement à gauche par la grande poche anévrismale, de même que la partie inférieure de la carotide. La lumière de ces vaisseaux est aplatie et les orifices sont déformés en sifflet, permettant une obstruction facile de la circulation sanguine lorsque la poche était distendue. L'orifice de la sous-clavière gauche a des bords épais, saillants, entourés de plaques athéromateuses; à deux centimètres environ au-dessus de son orifice, existe un rétréoissement dû à une prolifération intense de l'endartère. L'orifice de la carotide gauche est rétréci par des plaques athéromateuses saillantes. Les valvules aortiques sont à peine un peu épaissies.

L'aorte ascendante présente une surface interne bosselée, irrégulière et godronnée. Elle est couverte de plaques saillantes, à contours irréguliers, de couleur violacée, offrant des saillies et des dépressions; entre elles on trouve des taches blanches ou d'un blanc jaunâtre, opaques, acuminées au centre, dures et parfois de consistance calcaire. Ces lésions d'endartérite chronique avec athérome présentent leur maximum au niveau de l'aorte descendante. Les plaques d'endartérite sont très saillantes, volumineuses, à bords très irréguliers, d'un rose violacé; quelques-unes font des reliefs encore plus marqués, ont une couleur jaunâtre. Parmi ces dernières, les plus volumineuses présentent des fentes, visibles sur la figure, perpendiculaires à l'axe longitudinal du vaisseau; ces fentes sont irrégulières, multiples, de sorte que l'endartère paraît tailladée de coups de couteau. Ces fentes font communiquer la cavité aortique avec des foyers athéromateux vidés, au fond desquels on voit la membrane moyenne déchiquetée, l'endartère formant une paroi antérieure très amincie, pelliculaire.

L'un de ces foyers athéromateux contient quelques petits caillots sanguins.

Nous n'ajouterons que de très courtes et de très simples réflexions à cette observation si intéressante, à tant de points de vue.

Le fait dominant et capital, c'est que l'anévrisme a été une surprise d'autopsie.

Certes, ce diagnostic s'était immédiatement présenté à l'esprit, le premier jour que nous vîmes le malade, et il fut discuté à nouveau les jours suivants. Mais tous ceux qui avaient approché le patient avaient écarté cette hypothèse en faveur de laquelle ne plaidaient qu'un bien petit nombre de symptômes. Nous n'énumérerons pas à nouveau les principaux signes des anévrismes de la crosse aortique ; nous les avons recherchés, au cours de notre observation ; nous rappellerons seulement que nous n'avions trouvé ni voussure, ni battements expansifs, ni thrill, ni souffle, ni élévation de la crosse de l'aorte, ni retard du pouls, ni phénomènes pupillaires, ni troubles dans l'innervation du récurrent, etc... L'absence de battements constatée par la radioscopie n'était pas non plus pour faire songer à un anévrisme. Enfin les deux grands facteurs étiologiques de celui-ci, à savoir la syphilis et l'impaludisme, faisaient ici absolument défaut.

Quant aux symptômes présentés par notre malade, la dyspnée, le cornage, la cyanose, la matité médiastine étendue, ils ne sont nullement caractéristiques de l'ectasie aortique et sont le fait de toutes les tumeurs du médiastin, quelle qu'en soit la nature.

Le diagnostic d'anévrisme écarté, on avait porté celui de tumeur ganglionnaire; et, pour cela, l'on s'était basé en première ligne sur l'absence des symptômes cardinaux des anévrismes, ensuite sur la présence de quelques ganglions axillaires et inguinaux, et enfin sur la profession même du sujet : celui-ci, en effet, carrier de son métier, était sans cesse exposé à l'action de poussières abondantes ; et l'on sait très bien qu'en pénétrant dans les voies respiratoires elles sont susceptibles de déterminer des adénopathies trachéo-bronchiques avec ou sans pneumokonioses. Nous pensions donc ici nous trouver en présence d'un paquet ganglionnaire médiastinal volumineux dû à cette cause et produisant les troubles de compression que nous avons indiqués, particulièrement sur les bronches (cornage), les vaisseaux veineux (cyanose), et le pneumogastrique (toux quinteuse).

L'autopsie, en nous plaçant en face d'une énorme ectasie aortique, est venue démontrer notre erreur, mais en même temps l'excuser. A l'ouverture de la tumeur, en effet, il ne s'est écoulé qu'une bien faible quantité de sang liquide ; nous avons trouvé beaucoup de caillots fibrineux et résistants remplissant presque la cavité. Il résulte de cette constatation que la tumeur ne devait plus être animée de battements, quand le malade s'est présenté à nous, ou tout au moins qu'ils devaient être tellement minimes qu'ils pouvaient par cela même échapper facilement au double examen clinique et radioscopique. Il aurait fallu pouvoir observer le sujet quelque temps auparavant pour observer les signes classiques de l'anévrisme, qui contenant alors beaucoup de sang liquide, était sans doute doué de pulsations qui auraient été certainement constatées par l'auscultation et la radioscopie.

Si nous cherchons maintenant à expliquer les différents symptômes présentés par notre malade, nous voyons tout d'abord que le cornage et la dyspnée étaient le résultat de la compression par l'anévrisme de la partie inférieure de la trachée et surtout de la grosse bronche droite sur laquelle reposait de haut en bas et pesait de tout son poids la grande poche sanguine, déterminant ainsi un rétrécissement de calibre du tuyau aérien. L'irritation bronchique incessante causée par cette compression entrait pour une grande part dans la production de la toux quinteuse, coqueluchoïde, que pouvait expliquer aussi une irritation des pneumogastriques, due à la même cause. La compression des troncs veineux nous explique de même la stase sanguine au niveau de la tête et du cou, et la cyanose concomitante.

Le nerf récurrent droit, situé au-dessus de la tumeur, le gauche, très en-dehors, échappant à son action irritante, nous comprenons du même coup l'absence de troubles de la voix, de spasme glottique ou œsophagien. Enfin la suppression des pouls radial et carotidien droit résulte naturellement de la compression croissante exercée par la grande poche anévrismale sur l'origine du tronc brachio-céphalique dont l'orifice était taillé en sifflet.

Quant à l'évolution de l'anévrisme, elle découle tout simplement des constatations anatomiques que nous avons exposées. Nous avons, en effet, signalé sur l'aorte et surtout sur l'aorte descendante, des plaques d'endartérite présentant des fentes irrégulières faisant communiquer la cavité aortique avec des foyers athéromateux vidés. Nous avons même vu un de ces petits foyers renfermer quelques petits caillots sanguins. On prend ainsi très nettement sur le fait le mode de formation de l'anévrisme et l'on en suit tous les stades, depuis l'ouverture du foyer athéromateux dans l'aorte, le petit anévrisme disséquant qui en résulte, et la cavité anévrismale volumineuse remplie de caillots. La profession du malade enfin, sans cesse exposé à des efforts considérables et répétés, a puissamment contribué au développement de l'ectasie par l'élévation de la tension artérielle.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etiologie de l'appendicite.

Il n'est peut-être pas d'affection qui ait donné lieu, durant ces dernières années, à plus de travaux que l'appendicite. Aussi son histoire a-t-elle subi de nombreuses fluctuations. Cependant l'accord semble se faire peu à peu ; on ne parle guère plus de la typhlite. La typhlite, dit M. Legueu, perd chaque jour du terrain ; l'appendicite en gagne davantage, si bien qu'aujourd'hui, de ta typhlite il n'en reste rien, et l'appendicite absorbe à elle seule la pathologie de la fosse iliaque. Aussi, en présence des récentes acquisitions faites par l'appendicite, nous semble-t-il opportun de résumer les données nouvelles, nous bornant pour aujourd'hui à ne parler que de l'étiologie et de la pathogénie de cette importante affection.

La cause de tous les accidents de l'appendicite réside dans la présence de microbes divers dans l'appendice. Le plus fréquemment rencontré est le coli-bacille, hôte normal de l'intestin (Frænkel, Malvoz, Macaigne, Tavel, Achard et Broca, Beaussenat, etc). Soumis à certaines influences, que nous préciserons tout à l'heure, ce microbe exalte sa virulence, pénètre les parois de l'appendice, et gagne même la cavité péritonéale. Il sécrète une toxine très active, qui, dans certaines observations, suffit à empoisonner l'organisme tout entier, créant ainsi une variété d'appendicite bien étudiée par Dieulafoy, Caussade, Rénon.

Cette bactérie est presque constante dans tous les exsudats d'appendicite; Achard et Broca la rencontrent 17 fois sur 20 cas. Mais souvent elle se trouve associée

à d'autres microbes, le streptocoque (Tavel, Lanz, Achard et Broca), plus rarement le staphylocoque et le pneumocoque (Achard et Broca). Il est possible que dans les cas où le coli-bacille est associé à ces microbes, il n'y ait pas toujours association au vrai sens du mot; le coli-bacille ne doit souvent intervenir que d'une façon secondaire; une des bactéries précédentes produit la première lésion, et favorise ainsi l'irruption ultérieure du coli-bacille.

Tout récemment, la flore bactérienne de l'appendice s'est augmentée de deux nouvelles variétés de parasites; c'est tout d'abord l'entérocoque, qui, au dire de Thiercelin, serait une cause fréquente d'appendicite, et puis les microbes anaérobies que Zuber et Veillon ont rencontrés dans quelques cas d'appendicite gangréneuse (bacillus ramosus, bacillus perfringens, etc.). Il nous resterait à signaler quelques bactéries spéciales telles que le bacille d'Eberth, le bacille de la tuberculose ou le parasite de l'actinomycose (Ramson, Gangolphe); mais les appendicites qui en résultent offrent des caractères propres, les différenciant des appendicites banales qui intéressent surtout le praticien.

Les données étiologiques fournies par la clinique sont loin d'avoir la même précision. Souvent l'appendicite survient en dehors de toute cause appréciable; d'autres fois, par contre, il est possible de mettre en relief quelques particularités intéressantes. C'est ainsi que Roux (de Lausanne) note l'hérédité dans 40 0/0 des cas. D'après Dieulafoy, il s'agirait surtout d'une hérédité de tempérament : l'arthritisme, relevé si souvent dans les antécédents des malades, prédisposant à la formation de calculs appendiculaires. L'appendicite surviendrait de préférence pendant l'adolescence, et chez l'homme plutôt que chez la femme. La fatigue, le surmenage, les sports en excès ont été également incriminés. Le traumatisme de la région joûerait un rôle plus important, et Beaussenat a pu le vérifier expérimentalement. En regard de ces circonstances banales pour la plupart, il faut placer l'action prépondérante de certaines affections gastro-intestinales, de l'entérite pseudo-membraneuse en particulier (Reclus, Comby, Siredey, Hayem, Beaussenat). Enfin certaines observations montrent que l'appendicite revêt parfois les allures d'une véritable épidémie; et c'est pour expliquer cette particularité intéressante, que Faisans admet un rapport de cause à effet entre la grippe et l'appendicite.

L'analyse de tous ces faits a été poussée encore plus loin, et l'on s'est demandé sous quelles influences les microbes de la cavité intestinale, inoffensifs à l'état normal, arrivent à causer l'appendicite. Les explications pathogéniques fournies sont nombreuses, et peuvent se réduire à trois catégories ou théories principales :

La théorie de la colique appendiculaire, soutenue par Talamon, est la première en date. Il se forme dans le cæcum des boulettes de matières fécales ou scybales, qui s'engagent fréquemment dans la cavité de l'appendice. Celui-ci se contracte, afin d'expulser le corps étranger. Si la contraction est suffisante, tout se borne à une colique appendiculaire; si elle est insuffisante, le corps étranger irrite la muqueuse de l'appendice, comprime les vaisseaux nourriciers, et amène ainsi une ischémie des parois, voire même la gangrène, d'où perforation. On objecte à cette théorie que la présence du calcul n'est pas la règle, que la compression vasculaire est rarement suffisante pour amener l'oblitération vasculaire, et qu'enfin la migration des scybales du cæcum vers l'appendice est rendue bien difficile par certaines dispositions anatomiques. Ce n'est pas à dire cependant que de petits corps étrangers (cheveux, aiguilles, esquilles osseuses, etc.) ne puissent franchir l'obstacle. Des observations probantes en font foi. Cependant il semble que le mécanisme indiqué par Talamon ne se réalise qu'exceptionnellement.

La théorie du vase clos, imaginée et soutenue avec énergie par Dieulafoy, s'applique à un plus grand nombre de cas. Il existe dans l'appendice enflammé un calcul; mais ce calcul ne provient que très rarement du cæcum; il naît le plus souvent sur place (Rochaz, Dieulafoy), par un processus analogue à celui de la formation des calculs biliaires ou urinaires. Ce calcul s'accroit et arrive à obstruer le canal appendiculaire, dont la portion, située en aval de l'obstacle, constitue le vase clos. A ce moment, les microbes, ainsi isolés du reste de l'intestin, exaltent leur virulence, pénètrent la paroi de l'appendice; la maladie est alors constituée. Les expériences de Roger et Josué, de Rouville démontrent bien la réalité de ce processus. Et il est très rationnel d'admettre qu'en clinique les choses se passent souvent ainsi. Cependant il existe des cas d'appendicite, avons-nous vu, où l'examen le plus minutieux ne permet pas de retrouver le corps du délit, il y a des appendicites sans cavité close.

Dans la troisième théorie, ou théorie de l'infection, l'inflammation appendiculaire est une inflammation propagée, soit par contiguïté, à la suite d'inflammation du voisinage (gastro-entérite, ovarite ou salpingite), soit par la voie sanguine à la suite d'une infection générale (Poncet et Paviot, Jalaguier). Les recherches expérimentales de Charrin, Gouget, Beaussenat montrent le bien fondé de cette théorie.

Ces diverses explications ne s'excluent pas; chacune d'elles s'applique à un certain nombre de cas. « Il y a trois groupes d'appendicites, dit Reclus; un premier groupe est constitué par les appendicites ayant pour cause un corps étranger dans l'appendice...; d'après ma propre statistique, j'estime que la proportion de cette appendicite est de 1 sur 4. Un second groupe comprend les appendicites de voisinage, provoquées par l'entérite et l'entéro-colite. Le troisième groupe, enfin, comprend les appendicites consécutives à un état général infectieux. »

C'est d'ailleurs la conclusion, à peu de chose près, qu'adoptent la plupart des auteurs. F. Ramond.

Les assurances contre la maladie et les accidents en Suisse. — Le Conseil national a voté, par 113 oui contre 1 non et 12 abstentions, les projets de loi d'assuradce contre les maladies et les accidents. Ces projets seront soumis, cette semaine encore, au vote du Conseil des Etats, qui les adoptera certainement; puis ils seront soumis au vote populaire, si le referendum est demandé, ce qui peut être considéré comme presque certain; car on sait que les projets prévoient une subvention annuelle de la Confédération de plusieurs millions. L'assurance entrerait en vigueur le 1er janvier 1903.

La peste en Portugal.

La mission française, envoyée à Oporto pour reconnaître l'épidémie de peste qui y sévissait depuis le 5 juin dernier, a terminé ses travaux : le Dr A. Calmette, chef de la mission, est rentré à Paris dimanche ; son collègue, le Dr Salimbeni, est resté quelques jours encore pour terminer des études qu'on ne peut faire que sur place.

Nous avons demandé au sympathique directeur de l'Institut Pasteur de Lille, de vouloir bien nous donner quelques renseignements sur sa mission ; nous lui laissons la parole :

« La peste d'Oporto, nous dit-il, est plus virulente que celle de Bombay ; une simple piqûre, avec une aiguille préalablement trempée dans le sang d'un pestiféré ou dans une culture liquide, suffit pour tuer les souris et les rats.

« A Oporto, la peste ne sévit guère que sur les classes pauvres ; cependant, depuis quelques jours, les domestiques et les employées des maisons bourgeoises commencent à être atteints,

« On conçoit que les miséreux soient plus facilement la proie du fléau quand on visite la ville : il y a deux quartiers absolument infects, quartiers qui confinent au port, et nommés, l'un le quartier Fonte Taurina, l'autre le quartier de la Douane. C'est dans le premier que la peste est apparue. Ces deux quartiers sont plus sales que les plus sales villes arabes : il n'y a pas de rues, mais des chemins tortueux, défoncés, en escaliers, dans lesquels se trouvent çà et là des cloaques où croupissent les eaux ménagères et tous les détritus organiques que produit la vie. Les maisons, petites et sales, renferment plusieurs ménages, qui vivent pêle-mêle avec des animaux domestiques, porcs, lapins, volailles. Dans les maisons et dans les rues, les rats abondent; or les rats et leurs puces sont des agents de transmission de la maladie.

« Pour que la peste disparaisse, il faudrait — et c'est ce que j'ai proposé aux autorités — construire des maisons ouvrières dans un autre quartier ; faire évacuer les habitations de ces deux foyers, isoler et traiter les habitants, puis détruire par le feu leurs bicoques. On aurait même avantages à cette combinaison, car les terrains de ces deux quartiers, situés près du port, acquerraient une valeur plus grande, et pourraient servir à la construction de docks, etc., etc.

« Revenons à l'épidémie elle-même. Il y a environ 2 à 4 cas déclarés par jour, mais le nombre des malades véritables est beaucoup plus élevé que ce chiffre officiel, et ceci résulte de ce fait que la plupart des malades pauvres meurent sans avoir vu le médecin, et que les morts sont enterrés sans aucune visite médicale. »

Le Dr Calmette nous parle ensuite des expériences faites pour étudier la valeur du sérum antipesteux, comparé au traitement par les cultures chauffées (procédé Ferran-Haffkine) ; le résultat des expériences est consigné dans le rapport ci-dessous :

Rapport de la Commission internationale de Porto, sur la prophylaxie et le traitement de la peste bubonique.

« La Commission nommée par arrêté du Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, avec le concours des médecins étrangers soussignés, présents à Porto pour l'étude de la peste bubonique, a entrepris des expériences en vue de déterminer la valeur préventive et thérapeutique du sérum antipesteux de l'Institut Pasteur de Paris, et la valeur préventive des divers liquides de cultures vaccinales préparés d'après la méthode Ferran-Haffkine, et dont l'emploi est proposé en Portugal.

« Les expériences effectuées par la Commission ont porté tout d'abord sur le sérum antipesteux, parce qu'il est urgent de savoir si l'on peut compter sur la double action préventive et curative de ce sérum au cours d'une épidémie.

« Les expériences relatives à l'action préventive du sérum ont porté sur des souris et sur des singes. La Commission a constaté que les souris inoculées préventivement avec 0 c.c. 02 de sérum, et les singes inoculés avec 2 c.c., résistent définitivement et n'éprouvent aucun trouble apparent lorsqu'on leur inocule, vingt-quatre ou quarante-huit heures après le sérum, une dose de virus pesteux sûrement mortelle en moins de trente-six heures pour les souris, en moins de cinq jours pour les singes.

« En ce qui concerne les expériences de thérapeutique, la Commission a constaté que toutes les souris inoculées avec une dose de culture de peste sûrement mortelle en trente-six heures pour des souris témoins, et traitées jusqu'à quatorze heures après l'infection par 0 c.c. 25 de sérum injecté sous la peau, résistent définitivement.

« La Commission s'attache maintenant à déterminer, par d'autres expériences sur les singes, les doses de sérum à employer suivant le délai écoulé depuis l'infection et selon la gravité des symptômes.

« Mais, dès à présent, en se basant sur les expériences de laboratoire et sur les applications cliniques effectuées à l'hôpital de Bonfim depuis le 4 septembre courant, la Commission conclut à l'efficacité préventive incontestable du sérum, à sa remarquable action thérapeutique lorsqu'il est employé convenablement, et à la nécessité de l'adopter dans le traitement de la peste.

« La Commission s'est assuré d'abord que ce sérum, injecté sous la peau des malades, même à très hautes doses quotidiennes (40 à 60 c.c.), n'est susceptible de produire aucun accident.

« Elle a reconnu ensuite que, dans certains cas d'intervention tardive ou chez des malades gravement atteints, de pneumonie pesteuse par exemple, ou encore chez des malades qui présentent une éruption de pustules avec œdème du tissu cellulaire sous-cutané empêchant l'absorption par la peau, il est indiqué d'introduire le sérum dans l'organisme par la voie intra-veineuse. On peut très facilement injecter en une seule fois 20 c.c. de sérum dans les veines d'un malade, en prenant, bien entendu, toutes les précautions usuelles pour éviter l'introduction de flocons d'albumine ou de bulles d'air dans les vaisseaux.

« Lorsqu'il s'agit d'un cas de peste bubonique léger et soigné dès le début de la maladie, le traitement consistera à injecter sous la peau du flanc droit ou gauche 20 c.c. de sérum en une fois. On renouvellera l'injection chaque jour jusqu'à ce que la température du malade soit retombée à la normale, et si celle-ci tend à s'élever de nouveau par la suite, on injectera encore de petites doses quotidiennes de 10 c.c. de sérum.

« Dans le cas de peste bubonique grave avec très forte fièvre et engorgement ganglionnaire multiple. il sera toujours prudent d'injecter d'emblée, le premier jour, 40 c.c. de sérum sous la peau en une seule dose. On renouvellera l'injection le lendemain. On diminuera la dose du sérum, s'il y a lieu, les jours suivants, jusqu'à disparition de tous phénomènes fébriles. On ne devra jamais craindre d'employer dès le début de la maladie de fortes doses de sérum, et on devra continuer à en injecter de petites doses répétées chaque jour, tant qu'il existe de la fièvre.

« L'expérience montre, en effet, que, dans une maladie septicémique, telle que la peste, les microbes qui circulent

dans les humeurs de l'organisme ne disparaissent pas tout d'un coup. Ils peuvent rester localisés dans les ganglions, par exemple, ou dans les appareils lymphatiques des organes internes, et tant qu'ils ne sont pas entièrement détruits, tant que les produits toxiques qu'ils élaborent ne sont pas éliminés, ils sont susceptibles d'intoxiquer de nouveau. La marche de la température et l'état général du malade sont les deux critériums sur lesquels on doit se baser pour régler les doses de sérum à injecter quotidiennement.

« En ce qui concerne la prévention ou la prophylaxie de la peste, soit par le sérum antipesteux, soit par les cultures vaccinales préparées d'après la méthode Ferran-Haffkine, la Commission a étudié en premier lieu, comme nous l'avons dit plus haut, chez les animaux de laboratoire, souris et singes, les effets de la vaccination passive au moyen du sérum.

« Elle croit devoir conclure de ses expériences que l'on peut absolument compter sur la protection efficace et immédiate de toutes les personnes qui se soumettraient à l'injection préventive de 5 c.c. environ de sérum antipesteux. On ne connaît pas encore exactement la durée de l'immunité ainsi conférée, mais, d'après les études faites avec les sérums en général, on sait que celle-ci dure environ vingt-cinq jours.

« La vaccination active par les cultures du microbe de la peste chauffées à 70° donne, d'après les expériences effectuées dans l'Inde et contrôlées par la Commission allemande de 1897, une immunité plus durable chez les animaux et probablement aussi chez l'homme, mais elle s'établit plus lentement, seulement après huit à douze jours. L'emploi de plusieurs échantillons de ces cultures vaccinales a été proposé à Oporto. La Commission a commencé des expériences avec quelques-uns d'entre eux, mais il faut attendre plusieurs mois pour être fixé sur la valeur préventive de ces cultures et sur la durée de l'immunité qu'elles confèrent.

« Il y aura certainement lieu d'en autoriser l'usage sous la réserve que, au préalable, des échantillons de chaque provenance, comme la loi portugaise l'exige pour les sérums, seront examinés par la Commission.

« La Commission a fait quelques expériences en vue de rechercher le degré de sécurité que l'on peut attendre, en temps d'épidémie, de la vaccination active par les cultures chauffées. Elle a constaté que, lorsqu'on inocule simultanément des souris avec une culture vaccinale et avec une dose de virus pesteux ordinairement insuffisante pour donner la mort, les animaux ainsi inoculés avec le virus et avec le vaccin succombent toujours, tandis que ceux inoculés avec le virus seul résistent dans la proportion de 1 sur 3.

« L'explication de ce fait est très simple. Avec la vaccination active par les cultures chauffées, l'immunité s'établit lentement, en huit à treize jours. Pendant cette période, l'organisme animal est imprégné d'une petite quantité de toxine pesteuse qu'il doit transformer ou modifier dans ses propres cellules pour se vacciner. Si, pendant qu'il opère cette réaction, une petite quantité de virus pesteux vient s'ajouter, l'animal n'étant pas encore vacciné et étant, au contraire, sous l'effet d'une légère intoxication, s'infecte beaucoup plus vite et plus facilement que les animaux qui reçoivent la même dose du même virus seul.

« Il s'ensuit que, pendant une épidémie de peste, alors que les sujets qui doivent se soumettre à la vaccination peuvent être déjà en incubation de la maladie, la vaccination active présenterait vraisemblablement du danger pour quelques individus.

« En présence de ce résultat, les deux délégués de l'Institut Pasteur qui font partie de la Commission, MM. les Drs A. Calmette et Salimbeni, d'accord avec MM. Camara Pestana et Moraes Sarmento qui ont étudié le même procédé de vaccination chez les animaux, ont proposé d'éviter l'inconvénient que présente la vaccination active par les cultures chauffées, tout en conservant ses avantages, lesquels consistent, comme nous l'avons dit, en une durée probablement plus longue de l'immunité.

« A cet effet, ils inoculent devant nous, avec un lot de six souris, deux de ces animaux avec un mélange de 0 c.c. 25 de sérum et 0 c.c. 25 de culture vaccinale Ferran-Haffkine, deux autres avec 0 c.c. 25 de culture vaccinale Ferran-Haffkine sans sérum ; les deux dernières souris restent comme témoins.

« Le même jour les six souris sont piquées simultanément avec une aiguille trempée dans une culture très diluée (1 culture en gélose dans 15 c.c. d'eau) du microbe pesteux de Porto. Les deux souris qui ont reçu le virus et la culture vaccinale meurent les premières, moins de quarante-huit heures après l'inoculation. Des deux souris témoins qui ont reçu le virus très dilué seul, une a succombé le trente et unième jour, l'autre a résisté définitivement. Les deux souris qui ont reçu le mélange de sérum et de culture vaccinale résistent et ne paraissent pas malades.

« Cette expérience montre que le danger signalé plus haut de l'emploi des cultures vaccinales Ferran-Haffkine en temps d'épidémie, chez les sujets qui pourraient être déjà infectés au moment de la vaccination, peut parfaitement être évité si l'on prend soin de mélanger à la culture vaccinale une quantité égale de sérum antipesteux.

« Grâce à la présence du sérum, l'immunité passive s'établit alors immédiatement, protégeant l'organisme contre toute infection, jusqu'à ce que l'immunité active ait eu le temps de s'établir à son tour.

« Dans l'application à l'homme, il conviendrait d'injecter le sérum d'abord, et, quarante-huit heures après, la culture vaccinale chauffée.

« La Commission estime en conséquence, que toutes les personnes habitant un foyer contaminé, ou se trouvant au voisinage immédiat d'une localité infectée par la peste bubonique, doivent se soumettre, *au besoin obligatoirement,* à la vaccination préventive, soit avec le sérum antipesteux, soit avec les vaccins mixtes (sérum d'abord, puis, quarante-huit heures après, cultures vaccinales chauffées).

« A défaut de sérum, il conviendrait, surtout au voisinage immédiat de la zone infectée, d'effectuer la vaccination au moyen des cultures vaccinales seules, en prenant soin d'effectuer cette vaccination en deux séances.

« Cette mesure, ajoutée aux mesures générales de prophylaxie individuelle et urbaine (désinfection et isolement des maisons ou des quartiers contaminés) doit suffire dans tous les cas à arrêter, en très peu de temps, la propagation de la maladie.

« La Commission recommande aux médecins de répandre, autant que possible, cette notion dans le public, et de vacciner les adultes soit par l'injection sous-cutanée de 5 c.c. de sérum antipesteux, soit par l'injection de 5 c.c. de sérum, suivie, deux ou trois jours après, de l'injection de 2 c.c. environ de culture vaccinale ; soit, à défaut de sérum, par une première injection d'une très petite quantité de culture vaccinale seule, suivie, dix à douze jours après, d'une seconde injection de la dose normale de la même culture.

« La vaccination des enfants peut être effectuée avec la moitié des doses ci-dessus.

La Commission est d'avis que toutes les personnes habi-

tant un foyer contaminé et qui se soumettent à la vaccination préventive, pourraient sans danger être autorisées à circuler librement hors des cordons sanitaires après les mesures usuelles de désinfection des effets et bagages, sous la réserve qu'elles présenteront un certificat de vaccination datant de plus de quarante-huit heures et de moins de quinze jours. Une telle mesure contribuerait sans nul doute à diminuer considérablement la rigueur et les difficultés d'application des prescriptions quarantenaires.

« Les membres de la Commission internationale ont, à l'unanimité, approuvé le présent rapport et ont signé :

Dr RICARDO JORGE, professeur à l'Ecole de Médecine, directeur des services d'hygiène de la ville de Porto ;

« Dr CAMARA PESTANA, professeur à l'Ecole de Médecine, directeur de l'Institut royal bactériologique ;

« Dr CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, professeur à la Faculté de Médecine.

« Dr SALIMBENI, préparateur au laboratoire du Dr Roux, à l'Institut Pasteur de Paris.

« Dr JAIME FERRAN, directeur de l'Institut bactériologique de Barcelone.

« Dr VINAS CUSI (de Barcelone).

« Dr ROSENDO DE GRAU (de Barcelone).

« Dr P. AASER (de Christiania).

« Dr MAGNUS GEIRSWOLD (de Christiania).

« Dr WLADIMIR HOEPPENER, de la marine impériale russe. »

Au sujet du danger de transmission de la peste hors du cordon sanitaire de Porto, le Dr Calmette nous dit :

« La peste, qui se propage par les rats et les puces, peut envahir les autres villes portugaises, et gagner même plus loin. Mais il n'y a pas lieu de s'en effrayer, car il n'y a pas de ville d'Europe où la peste puisse se propager comme à Oporto ; partout ailleurs, l'hygiène et les vaccinations préventives circonscriraient le fléau, ainsi que cela s'est produit à Vienne (1897).

« A Oporto même, si on vaccinait toutes les personnes habitant la maison où s'est produit un cas de peste, toutes les personnes des maisons contiguës, si on isolait et abandonnait ces maisons, la peste ne pourrait s'étendre.

« J'ajoute que la lumière est très funeste aux microbes en général et au bacille pesteux en particulier; c'est le soleil magnifique de ce pays qui a enrayé seul jusqu'à ce jour les progrès de l'épidémie.

« Comment la peste est-elle venue à Oporto? On l'ignore. Il est probable qu'un navire, venant d'Egypte ou de l'Inde, aura débarqué avec des rats pesteux dans la ville ; l'épidémie aura sévi sur les rats, pendant des mois peut-être; puis, un beau jour, se sera transmise à l'homme. Tout ce qu'on sait, c'est que ce furent des déchargeurs du port les premiers atteints, le 5 juin dernier.

« Comme conclusion, peu de craintes à avoir : une bonne hygiène privée et publique, la vaccination préventive le cas échéant et l'isolement absolu nous préserveront de la maladie. » Louise NAPIAS.

HOMMAGE AUX HOMMES DE BIEN. — « L'heure nous semble venue d'écrire à côté de l'histoire officielle, qui désigne seulement tout ce qui est éclatant ou retentissant, une seconde histoire privée, domestique en quelque sorte, qui nomme là et là, d'une colline à l'autre, quiconque dans cette vie a été fort ou méritant, à sa manière, dans sa circonférence d'action, afin que chaque motte de terre, que chaque pierre de foyer, ait désormais une vertu, une gloire en partage, et que partout où l'homme met le pied, il marche escorté d'un bon exemple ou d'un bon souvenir. » (E. Pelletan, *Jarousseau, le Pasteur du Désert*, p. XII, édition F. Alcan.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 octobre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

Les tractions rythmées de la langue.

M. LABORDE rapporte 14 nouveaux succès. Plusieurs ont été obtenus après des submersions de près de trois quarts d'heure. Mais il a été indispensable de prolonger les tractions pendant une heure, deux heures et même trois heures. Aussi M. Laborde va-t-il faire construire un tracteur mécanique permettant de faire les tractions rythmées sans fatigue pendant un temps indéfini.

M. L. COLIN demande si, dans l'étude de son procédé sur les animaux, M. Laborde poursuit très loin l'asphyxie. Le sang offrait-il les caractères du sang dissous?

M. LABORDE répond que le sang offrait ces caractères. La mort paraît toutefois fatale quand la température du sang tombe au-dessous de 20°. Un signe peut avertir assez longtemps à l'avance du résultat favorable : la langue, jusque-là absolument flasque, commence à résister un peu plus aux tractions.

La dourine du cheval.

M. VALLIN lit un rapport sur un mémoire de M. SCHNEIDER. La dourine amène une éruption cutanée (pseudo-syphilis du cheval). Elle est transmissible au chien. Elle semble due à un parasite spécial, le tribanosome.

A.-F. PLICQUE.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DES COMPAGNIES D'ASSURANCES.

Ce Congrès s'est réuni à Bruxelles le lundi 25 septembre à 10 h. 1/2 du matin, sous la présidence de M. le baron VAN DER BRUGGHEN, ministre de l'Agriculture de Belgique, qui, en un discours fort applaudi, a montré toute l'importance du médecin dans les Compagnies d'assurances.

M. le Dr VLEMINCKX, président du Congrès, a exposé ensuite dans un discours-programme le rôle du Congrès, et MM. Weill-Mantou (de Paris), Adan (de Bruxelles) et Poëls, secrétaire général, ont tour à tour pris la parole pour préciser le but poursuivi par cette Assemblée.

Le soir, M. le Dr POELS a lu un rapport sur la première question posée : *Quelle est l'utilité d'un formulaire médical universel?*

Le Congrès est unanime, après une discussion à laquelle prennent part MM. Van Dam (de Bruxelles), Siredey (de Paris), Van Wely, Crocq (de Bruxelles), etc., à reconnaître la nécessité d'un formulaire uniforme et débarrassé des formules surannées que contiennent les formulaires de certaines Compagnies.

La deuxième question est intitulée : *Le secret médical et l'assurance sur la vie.*

M. le Dr VAN GEUNS (d'Amsterdam) a lu sur ce sujet un rapport dont voici les conclusions :

1° Le secret professionnel défend au médecin du proposant de délivrer aux Compagnies d'assurances sur la vie un certificat sur l'état de santé et les maladies antécédentes de son client.

2° Le secret professionnel ne défend pas au médecin du proposant de répondre à des questions bien définies concernant la santé de son client et qui pourraient tendre à faire accepter une assurance qui autrement serait refusée.

3° Le secret professionnel ne défend pas au médecin de l'assuré de mentionner dans la déclaration de décès demandée par une Compagnie d'assurances sur la vie la cause de la mort.

4° Sauf une seule exception, il n'y a pas de cas où il y ait raison de ne pas délivrer cette déclaration ; l'exception est relative aux cas de suicide, dans lesquels certaines Compagnies ne paient pas le montant de l'assurance.

5° D'un point de vue médical, ce refus n'est pas motivé quand on peut présumer qu'il n'y a pas eu de mauvaise intention au moment où l'assurance a été conclue.

6° Les médecins-experts doivent persuader les administrations des Compagnies d'assurances que la plupart des suicides sont attribuables à un état maladif et qu'il faut abolir la restriction, qu'en cas de suicide, le montant de l'assurance n'est pas payé. Pour obvier aux intentions malhonnêtes, on pourrait proposer une clause stipulant que le montant de l'assurance n'est dû que si l'assuré meurt par suicide deux ou trois ans après la signature du contrat.

7° Les éléments de statistique médicale qui peuvent être fournis par les Compagnies d'assurances sur la mortalité des assurés sont d'un très grand intérêt. Il est à désirer que les médecins des Compagnies usent de toute leur influence auprès des administrations pour que ces statistiques soient tenues d'une manière uniforme, ce qui en faciliterait l'étude.

8° A cause de cet intérêt, tous les efforts doivent tendre à vaincre les objections faites par un certain nombre de médecins qui sont d'avis que le secret professionnel leur défend de mentionner la cause des décès.

La troisième question, traitée par M. E. Houzé, traite des rapports de l'*anthropologie et de l'assurance sur la vie.*

A la séance du 25 septembre matin, M. le Dr F. Moritz (de Saint-Pétersbourg) a développé la quatrième question : l'*examen du cœur en matière d'assurance sur la vie.* Les conclusions de son rapport ont été les suivantes :

1° Il y a des anomalies du cœur qui ne se révèlent par aucun symptôme objectif, qui déterminent quelquefois des sensations subjectives d'un caractère douteux, mais qui néanmoins peuvent causer une mort instantanée ou une maladie léthale de courte durée.

2° Les cœurs sains offrent, selon l'âge, selon l'architecture du thorax et selon l'épaisseur des téguments, de si grandes variétés du choc et de la matière cardiaque, que l'explorateur peut facilement se tromper et prendre pour anomalie ce qui, au cas donné, est normal et *vice versa.*

3° La forme de la cage thoracique, notamment la relation des deux diamètres antéro-postérieur et transverse désignée comme « indice » ou « coefficient thoracique », devrait être mentionnée dans le rapport médical.

4° L'appréciation, à leur juste valeur, des bruits et souffles valvulaires, comme des frottements péricardiaux, reconnus par l'auscultation, ne peut être acquise que par une longue pratique d'ausculter des cœurs sains et des cœurs malades.

5° L'arythmie et les intermittences des battements du cœur, aussi bien que les palpitations passagères chez de jeunes personnes, n'ont pas en général une grande importance.

6° L'examen du cœur devrait toujours se faire en deux positions : premièrement debout, puis le proposant étant placé dans le décubitus dorsal. Un léger évanouissement survenant pendant l'examen n'est pas un motif suffisant de refus, si, bien entendu, le candidat était debout.

7° Des questions très détaillées concernant le choc, la matité et les bruits ne sont nullement des garanties de l'exactitude des conclusions.

8° L'examen objectif du cœur par palpation, percussion et auscultation se fait d'une manière différente selon l'école à laquelle appartient le médecin explorateur et selon son expérience personnelle. Donc aussi le jugement qu'il en déduit est d'un caractère plus ou moins subjectif.

M. Verhoogen a traité du *diagnostic précoce de la paralysie générale et de l'assurance sur la vie* et M. Mahillon de l'*admissibilité des neurasthéniques*, il conclut en disant que l'acceptation des neurasthéniques reste subordonnée à l'étude attentive : 1° du bilan héréditaire du proposant et de la nature du terrain ; 2° des circonstances qui ont accompagné ou déterminé la naissance de l'affection, en ont orienté l'évolution et influenceront sa marche vers la guérison ou l'aggravation.

La séance de l'après-midi a été remplie par la lecture d'un rapport du Dr Crocq sur les *névroses traumatiques en matière d'assurances* et un travail de M. Weill-Mantou (de Paris), sur la *fraude en matières d'assurances* dont voici les conclusions :

1° Le questionnaire auquel devra répondre le candidat sera suffisamment développé et très précis ; les réponses devront toujours être nettes et explicites.

2° L'examen médical sera aussi attentif et méticuleux que possible ; il n'aura pour limites que le respect des convenances sociales, surtout vis-à-vis des femmes.

3° Les examens pratiqués au domicile des intéressés seront aussi rares que possible ; sorti de chez lui, le candidat se sentira moins bien armé pour le combat qu'au milieu des personnes et des objets qui lui sont familiers.

4° Le médecin sera de préférence laissé seul à seul avec le candidat, exception faite pour les femmes et les enfants.

5° Il sera bon de renoncer aux examens du soir ainsi qu'aux examens pratiqués dans des arrière-boutiques ou autres locaux dénués de jour, d'espace ou de confort.

6° Les urines à analyser seront toujours émises en présence du médecin ou tout au moins dans une pièce voisine ; en ce cas, elles doivent toujours être *tièdes.*

7° Les Compagnies d'assurances ont un intérêt majeur à s'aviser régulièrement et *rapidement* de leurs refus au moyen de fiches ou de tout autre système qu'il n'est pas de notre compétence de discuter ; elles se communiqueront en cas de besoin, les dossiers des refusés (déclarations et certificat médical).

8° Pour disposer d'un personnel médical compétent et plus versé qu'il ne l'est généralement dans les choses de l'assurance, il serait à souhaiter que les diverses compagnies s'entendissent pour dresser en commun (en dehors des grands centres naturellement) la liste des médecins examinateurs auxquels elles confieraient la défense de leurs intérêts respectifs.

Signalons encore un mémoire de M. Le Bœuf sur l'*admissibilité des glycosuriques*, et dans la séance du 27 septembre le rapport sur la *tuberculose humaine : contagion, hérédité, considérées au point de vue de l'assurance sur la vie*, par M. J. Meyer (de Metz), et celui de M. Bayet sur l'*admissibilité des syphilitiques.*

Ce premier Congrès a eu, en somme, un véritable succès grâce à l'activité du secrétaire-général, M. le Dr Poëls ; plus de deux cents médecins d'assurances se sont réunis à Bruxelles et les travaux de cette Assemblée faciliteront la tâche difficile des médecins des Compagnies d'assurances. J. N.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : M. le Dr PAUL-BONCOUR.

XVII. — Le torticolis et son traitement ; par le Dr Redard, Chirurgien en chef du Dispensaire Furtado-Heine (1898).

XVII. — L'étude que nous présente M. Redard est intéressante à plusieurs points de vue : outre que c'est une monographie extrêmement complète de la question l'auteur y apporte son esprit critique indiscutable. Il nous fait part également de ses idées et de ses procédés de traitement, qu'il nous est précieux de connaître étant donné sa compétence dans les questions de chirurgie orthopédique. Depuis quelques années on a beaucoup discuté sur cette difformité, on a fourni sur elle des opinions contradictoires aussi bien quand il s'agit d'en démontrer la pathogénie que lorsque c'est le traitement qui est en jeu. Précisément cet ouvrage a pour but de mettre la question au point d'une façon définitive. J'ajoute que le but est atteint largement et brillamment. Ne pouvant analyser cet ouvrage d'une façon complète, nous nous contentons d'en tracer le plan en signalant les idées personnelles de l'auteur. Au point de vue étiologique, il distingue le torticolis congénital et le torticolis acquis : dans le torticolis congénital il se refuse à ranger d'une façon certaine le torticolis résultant de la rupture musculaire ou de l'hématome du sterno-mastoïdien. Le torticolis congénital se produit le plus fréquemment pendant la vie intra-utérine succédant à des positions vicieuses du fœtus. A l'appui de cette opinion, il donne de nombreuses preuves d'ordre différent. Il ajoute qu'aucun fait précis, clinique ou anatomo-pathologique ne démontre de torticolis congénitaux dus à des lésions mus-

culaires ou musculo-nerveuses dépendant d'une altération des centres nerveux.

Viennent ensuite des chapitres sur le torticolis acquis, sur l'anatomie pathologique de l'affection et sur sa symptomatologie. J'ai eu antérieurement à féliciter M. Redard de multiplier les figures dans ses écrits, ce qui leur ajoute toujours de l'intérêt et en facilite la compréhension. En abordant la lecture des pages qui concernent les symptômes du torticolis, on éprouve un véritable plaisir à voir d'excellentes photographies mises en regard du texte. Malgré toute la clarté de la description on confondrait facilement les variétés et sous-variétés cliniques de l'affection si l'auteur n'avait eu ce soin. A propos du traitement, on voit exposés tous les moyens médicaux ou chirurgicaux employés. Chacun d'eux est critiqué et apprécié à sa juste valeur. Je relève les principes qui doivent guider dans la cure du torticolis chronique congénital : 1° opérer dès la troisième année. La limite de 7 ans fixée par les chirurgiens paraît trop éloignée ; il y a avantage à redresser la difformité dans les premières années de la vie. Au-dessous de deux ans la section sous-cutanée ou à ciel ouvert peut présenter des dangers, la contention et le traitement consécutifs sont plus difficilement supportés.

2° Sectionner complètement les parties tendineuses fibreuses, aponévrotiques et musculaires qui s'opposent au redressement. La méthode de la ténotomie à ciel ouvert a réalisé un important progrès en permettant la section de toutes les parties rétractées dans les torticolis anciens.

3° Redresser immédiatement après la ténotomie la scoliose cervicale.

4° Maintenir dans quelques cas exceptionnels le redressement après l'opération au moyen d'appareils n'empêchant pas les massages.

5° Faire un traitement consécutif orthopédique et gymnastique rigoureux.

A propos de chaque manœuvre M. Redard s'étend sur le mode opératoire ou la façon de procéder. Il explique avec détails et toujours à l'aide de nombreuses figures les appareils employés pour le redressement ou pour les tractions.

Je le répète, je n'ai pas même la prétention de résumer cet ouvrage sur le torticolis et son traitement, et si j'ai signalé quelques rares passages, c'est pour montrer dans quel esprit théorique et pratique ce travail a été conçu et exécuté.

XVIII. — Des déformations thoraciques et des déviations rachidiennes dans leurs rapports avec les obstructions chroniques des voies respiratoires supérieures; par le Dr Chapard. (Thèse de Paris, 1896.

XVIII. — Nous trouvons dans l'ouvrage de M. Chapard une étude très complète des effets mécaniques et physiologiques des obstructions des voies respiratoires supérieures. Avant cette thèse, tout le monde parlait de ces faits, mais jamais personne n'avait réuni tous les cas épars, ni n'avait comparé les opinions. L'auteur, hâtons-nous de le dire, n'a pas fait seulement que condenser en quelques pages les matériaux se rapportant à la question ; il a étudié lui-même un grand nombre de cas, il les a classés, discutés, et il en résulte une œuvre vraiment originale. Nous y trouvons un chapitre qui fait l'historique de la question, puis un autre l'envisageant au point de vue de l'anatomie et de la physiologie. Ces premières bases étant posées, les faits sont étudiés dans leurs causes et dans leurs conséquences sur la respiration, sur le thorax et sur le rachis. M. Chapard ne se contente pas d'énumérer les faits cliniques, il cherche à les expliquer, il compare les individus sains avec les malades, il multiplie les procédés d'investigation. Voici quelles sont, en définitive, les conclusions auxquelles il arrive et que nous résumons. Les causes d'obstruction chronique des voies respiratoires supérieures sont nombreuses. Avant tout, ce sont les tumeurs adénoïdes et les amygdales hypertrophiées qui sont le plus souvent incriminées. Ces obstructions occasionnent des troubles dans l'ossification du squelette et dans le développement physique et moral des enfants. Les conduits aériens, les poumons s'atrophient par diminution de fonction. La cage thoracique intimement unie au poumon le suit dans ce stade atrophique, cesse de s'accroître et se déforme ; naturellement la déformation est en rapport avec le degré d'obstruction, son ancienneté et l'état du squelette (rachitisme). Les malformations sont nombreuses et varient depuis la simple atrésie thoracique jusqu'aux enfoncements, gouttières, etc. En plus il y a des déformations portant sur la colonne vertébrale (cyphose-scoliose). Le traitement est très efficace. En cas de simple arrêt de développement du thorax, tous les moyens doivent tendre à augmenter le volume de l'inspiration, de façon à faire reprendre aux voies aériennes leur calibre régulier et aux poumons leur capacité normale. Quand le malade est vraiment déformé, des exercices spéciaux sont nécessaires.

Naturellement, un chirurgien est seul capable d'ordonner et de limiter ces mouvements. Chaque lésion du rachis ou des parois du thorax réclame un mouvement particulier et raisonné.

Enfin l'auteur fait remarquer qu'une déformation thoracique peut mettre sur la voie d'une sténose pharyngo-nasale ignorée ou négligée. De ce rapide aperçu on peut donc inférer que cette question des obstructions chroniques des voies respiratoires a été tirée de l'obscurité et mise au point avec habileté.

XIX. — Etude du traitement des angiomes par l'électrolyse; par G. Guilbard. (Thèse de Paris, 1899. — Jouve, édit.)

XIX. — Après un aperçu historique de la question, l'auteur étudie le mode d'action de l'électrolyse. Des expériences ont prouvé que cette action coagulait le sang, rétractait les vaisseaux et amenait la sclérose des tissus. C'est cette sclérose secondaire, qui oblitère et étouffe les vaisseaux, qu'on emploie pour amener la disparition des tumeurs érectiles. Le plus simple raisonnement suffit à démontrer qu'on ne peut en retirer que des succès opératoires. Les insuccès viennent de l'oubli des règles et de la connaissance inexacte de l'action précise et différente des deux électrodes. Les notions de technique opératoire qui sont clairement exposées dans l'ouvrage sont celles indiquées, préconisées et employées par M. Redard, chirurgien en chef du dispensaire Furtado-Heine.

M. Guilbard a donc pu puiser à cet enseignement des documents fort intéressants et des règles précises dont voici les principales.

La méthode monopolaire ou électropuncture positive doit être la méthode de choix. Les électrodes négatives doivent être aussi larges que possible. Il faut rapprocher autant qu'on le peut les deux électrodes et toutes les fois que la région le permet on doit adopter la disposition concentrique des pôles. La monopuncture positive permet d'agir avec précision et avec sûreté : elle met à l'abri de tout accident d'escarre, de suppuration, de cicatrice. Un avantage capital est que l'anesthésie n'est généralement pas utile, la douleur étant supportable et allant d'ailleurs en diminuant jusqu'à être à peu près nulle à la fin de l'opération.

Cette méthode est constamment efficace, donne des guérisons parfaites sans cicatrices. Elle est supérieure aux autres méthodes puisqu'elle réussit quand les autres ont échoué. Il faut la recommander dans les tumeurs graves à développement rapide, notamment à la face. J'ajouterai, avant de terminer, que des figures viennent appuyer les résultats opératoires en nous montrant l'état avant et après l'opération.

XX. — Nouveau formulaire magistral de consultations infantiles; par le Dr Dauchez. — (Paris, 1899.— Société d'Editions scientifiques.)

XX. — Les variations nécessaires dans la thérapeutique infantile suivant l'âge, la constitution, le tempérament, ont été la cause efficiente de ce formulaire. Les traités classiques sont souvent fort incomplets quand il s'agit de la mise en action de la thérapeutique infantile, c'est pour combler cette lacune que l'auteur présente ce livre aux praticiens. La préface de l'auteur n'avait pas besoin d'ailleurs d'attirer l'attention sur le plan qui est suivi dans ces consultations. Tout est éminemment pratique : les traitements y sont raisonnés. De plus, il y a quelques éléments de séméiologie qui sont ajoutés à certaines questions afin de mieux faire discerner le traitement de choix. Naturellement, l'auteur qui s'est spécialisé dans la médecine infantile, y a mis beaucoup de son acquis et de sa pratique journalière.

CORRESPONDANCE

La sous-section d'Electricité médicale au Congrès de Boulogne.

Mon cher Rédacteur en Chef,

La XXVIII[e] session du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences qui s'est tenu cette année à Boulogne-sur-Mer, mérite d'être marquée d'une pierre blanche. Par l'importance et la diversité des travaux qui y ont été communiqués, par les fêtes données aux membres de l'Association, par les intéressantes excursions auxquelles ils ont pris part, elle est déjà remarquable. Mais il y avait deux faits encore plus considérables. C'était, d'une part, la première fois que fonctionnait la sous-section d'électricité médicale dont la création avait été votée l'année dernière au Congrès de Nantes, d'autre part l'A. F. A. S. allait rendre visite à Douvres à sa sœur aînée, la *British Association for the advancement of sciences*; enfin on inaugurait, avec accompagnement d'une conférence du fin lettré qu'est le P[r] Brissaud, la statue du modeste mais génial savant que fut Duchenne.

Les éléments d'intérêt n'ont donc pas manqué et la sous-section d'électricité médicale a bien montré que sa place était ici légitime. Soit seule, soit associée à la section de médecine ou à celle de physique, elle a vu paraître d'intéressants travaux, naître d'utiles et fort courtoises discussions.

Dès la première séance, M. le P[r] Bergonié avait, dans son allocution d'ouverture, nettement tracé son rôle en dépeignant celui du médecin électricien. Ensuite sont venus trois importants rapports, l'un de M. le P[r] Bordier sur le *traitement des rétrécissements* par l'*électrolyse*, l'autre du P[r] Marie sur la *Radiographie stéréoscopique*, le troisième de M. Bouchacourt sur l *endodiascopie*. Je vais tout d'abord vous en donner ici le résumé.

Traitement, par l'électrolyse, des rétrécissements en général et du rétrécissement de l'urètre en particulier. — Après une étude générale d'électrophysiologie qui montre que la cicatrice produite par l'action électrolytique ne peut être une cicatrice rétractile que si l'électrolyse a servi à faire une véritable section de l'anneau du rétrécissement, le rapporteur passe en revue les procédés de Jardin, Fort, Newmann, Débédat, et présente une électrode remplissant les meilleures conditions.

Pour ceux de la trompe d'Eustache, le meilleur procédé est celui de Duel (de New-York). Pour ceux du conduit auditif externe, M. Ostmann a essayé avec succès l'électrolyse au moyen d'aiguilles implantées en des points différents de la stricture, mais il semble qu'il serait préférable d'essayer de la franchir avec une électrode cylindrique ou ovoïde. Pour les engorgements du canal lacrymal on opère de même, mais il est indispensable d'isoler les aiguilles électrodes à leur partie fixée au fil conducteur. Pour les rétrécissements de l'œsophage il faut employer une sonde à olive métallique, mais agir avec la plus grande douceur à cause du voisinage d'organes importants.

Dans les rétrécissements du rectum qui ne sont pas dus à des tumeurs malignes, on emploie aussi des olives montées sur conducteur isolé qu'on relie comme toujours au pôle négatif.

Applications de la radiographie stéréoscopique. — L'importance de ce procédé ressort de ses applications. En anatomie on peut faire l'étude directe de la position exacte et de la distribution des canaux (artères, veines, lymphatiques, canaux excréteurs, etc.), de leurs rapports entre eux et avec les os. En clinique il est précieux pour l'étude des luxations, fractures compliquées, corps étrangers ayant pénétré dans l'organisme, etc. Il faut, pour pratiquer la stéréoscopie, obtenir deux images par déplacement, soit du tube, soit de l'objet parallèlement au plan de la couche sensible. La valeur de ce déplacement a été calculée par MM. Marie et Ribaut et consignée sur des tables à double entrée annexées au rapport. L'examen des épreuves peut être fait soit directement sur les négatifs, soit sur des positifs sur papier ou sur verre. Pour déterminer les distances en profondeur il suffit de superposer au couple de l'objet à mesurer deux fils de couleur et épaisseur identiques, parallèles et montés sur un cadre permettant leur rapprochement ou leur éloignement.

La technique est très simple : pour l'obtention des épreuves on se sert des tables du rapporteur qui donne l'écartement nécessaire pour les deux points de vue; pour la lecture on place les épreuves sur un pupitre, à côté l'une de l'autre, et on déplace l'un des deux clichés jusqu'à ce qu'on ne voie dans le stéréoscope qu'une seule image. Pour la mesure des profondeurs, on place sur les épreuves le stéréomètre et on déplace les équerres porte-fils jusqu'à ce que le fil vertical soit en contact avec le point choisi. En répétant la même opération pour un autre point et en notant chaque fois la distance des fils réels on peut facilement calculer la distance des deux points visés. La radioscopie stéréoscopique est beaucoup plus difficile à pratiquer. MM. Routier et Lacroix l'ont réussie par une méthode basée sur la persistance des images rétiniennes.

L'endodiascopie, sa technique, ses résultats. — On appelle ainsi une méthode caractérisée par l'introduction du tube de Crookes dans les cavités naturelles, le pôle positif du générateur d'électricité étant mis à la terre et le malade se trouvant en dehors du circuit.

Le mode d'excitation des tubes de Crookes rend l'ampoule maniable et inoffensive et enlève au malade et à l'opérateur toute crainte de troubles trophiques. L'endodiascope grandit l'image, ce qui en facilite l'examen, mais elle est un peu déformée; cependant, quand les plans du tube de l'objet et de l'écran sont parallèles, la déformation est presque nulle. Les avantages sont : l'éclairage meilleur et la faculté de promener l'ampoule pendant sa marche sur les différentes parties du corps et dans tous les plans possibles d'orientation. L'avenir dira quelles seront ses applications pratiques.

Voici maintenant quelques mots sur les principales communications.

M. Allard (de Paris) a communiqué plusieurs observations de *glaucomes chroniques traités avec succès par la galvanisation du sympathique cervical.*

M. Rivière (de Paris) a lu un très intéressant travail sur les *variations électriques du cœur* étudiées à l'aide de l'électromètre. C'est le seul instrument assez sensible et assez précis pour donner à tous les physiologistes des données concordantes et positives.

M. Queston a étudié l'action des courants de haute fréquence sur les échanges gazeux. Il pense que cette action s'explique surtout par le rayonnement calorique.

M. Lewis Jones (de Londres) a lu deux notes intéressantes l'une sur le *Traitement de la paralysie infantile*, l'autre sur *l'incontinence d'urine nocturne et diurne*. Ces deux affections ont été traitées par lui avec succès par les bains hydro-électriques à courant alternatif. Dans cette séance j'ai aussi présenté un travail sur le traitement de la dilatation de l'estomac d'origine nervo-motrice par le flux statique induit.

Dans l'après-midi de lundi nous avons M. Albert Weil (de Paris). *Le courant et l'effluve statiques induits. Leurs applications thérapeutiques.* Ces deux modalités électrique ont été appliquées à quatre groupes d'affections : dyspepsies neuromotrices, algies, certaines dermatoses et inflammations des premières voies génitales de la femme, de la façon suivante : l'étincelle éclatant entre les deux boules de la machine statique, la chaîne de l'armature externe du condensateur suspendu au pôle positif est reliée au sol, celle du condensateur relié au pôle négatif est reliée à l'électrode agissante par l'intermédiaire de la cloche du rhéostat de l'auteur. Dans la dyspepsie l'électrode est placée sur l'épigastre, dans les névralgies il emploie l'étincelle statique en chute, dans les dermatoses il utilise soit l'étincelle, soit l'effluve ; de même dans les inflammations des premières voies génitales. Il se sert alors d'électrodes permettant d'agir soit sur le col de l'utérus soit dans sa cavité.

Dans cette séance j'ai encore communiqué une note sur *cinq cas de goitre exophtalmique traités avec succès par la voltaïsation stable.*

Dans les séances suivantes je note particulièrement :

M. le P[r] Bergonié (de Bordeaux), *Traitement électrolytique des angiomes graves.* L'angiome grave a comme beaucoup d'anévrismes pour origine un nœvus ignoré. On peut éviter

dans le traitement électrolytique des angiomes graves les inconvénients qui ont été signalés pour les anévrismes et il donne les meilleurs résultats. La méthode recommandée par l'auteur est l'électrolyse bipolaire pratiquée avec deux aiguilles courtes et isolées assez loin dans l'intérieur de la poche. Il recommande aussi l'emploi d'un porte-aiguilles spécial qui permet d'avoir de meilleurs contacts et de modifier à chaque instant l'orientation et la pénétration de l'aiguille. L'intensité du courant doit atteindre 40 milliampères dans la plupart des cas. On n'a pas à craindre les hémorragies consécutives à l'extraction des aiguilles. Les dégagements gazeux pénétrant dans les veines pendant l'électrolyse n'ont jamais produit d'accidents. Les séances ne doivent pas être trop éloignées les unes des autres.

M. Crocq (de Bruxelles) a traité avec succès le *mal perforant plantaire par la faradisation du nerf tibial postérieur.*

M. Desnos a communiqué ses observations relatives aux *résultats éloignés du traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse.* Ses conclusions se rapprochent de celles du rapport de M. Bordier.

M. Pansier (d'Avignon) a communiqué une intéressante observation relative à la *recherche des petits fragments de fer dans un œil énucléé.* Il s'agissait d'un ouvrier qui avait reçu dans l'œil de fins débris de fer. Il fallut l'enlever. Mais pour prouver qu'il s'agissait bien de fer, M. Pansier dut recourir à l'emploi de l'électro-aimant, les réactifs chimiques n'ayant pas donné de résultat.

J'ai ici encore communiqué un travail sur le *traitement des névrites traumatiques par les courants alternatifs à basse fréquence.*

En ce qui concerne la radiographie nous avons eu une intéressante conférence de M. Rémy sur l'appareil qu'il emploie pour la recherche des corps étrangers. Celui-ci ayant été déjà décrit, je n'y insiste pas.

M. Warluzel et Jolant ont présenté un appareil visant le même but.

M. le Pr Bergonié a montré l'utilité des mesures électriques en radiographie.

Les mesures électriques d'intensité du courant inducteur dans une installation radiographique peuvent s'effectuer très facilement au moyen des ampèremètres thermiques. La vigueur du cliché est bien moins augmentée par la durée du temps de pose que par l'intensité du courant, et l'augmentation du temps de pose ne compense pas le défaut d'intensité du courant.

Dans une même installation de radiographie toutes les autres circonstances restant les mêmes, l'intensité dépensée par le courant inducteur ne dépend en rien de la dureté du tube employé.

Vous voyez par ce court résumé l'intérêt de cette section. Nul doute que celle de 1900 ne lui soit au moins égale.

Agréez, mon cher Rédacteur en Chef, etc.

L.-R. Regnier.

VARIA

Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières.

Les cours de l'école de Lariboisière commenceront lundi prochain à 8 heures du soir; ceux de l'école de la Pitié le mardi à la même heure; ceux de Bicêtre ont commencé le 3 octobre. Nous annoncerons prochainement la réouverture des cours de la Salpêtrière en même temps que nous publierons les affiches. — Ces cours sont publics et gratuits; on s'inscrit tous les matins au bureau de la Direction des différents établissements.

Les manœuvres du Service de Santé.

Sous la signature de M. H. Barthélemy, le *Journal* du 3 et du 4 octobre donne un compte rendu succinct des manœuvres spéciales du Service de Santé militaire :

Les manœuvres du Service de Santé pour le gouvernement militaire de Paris ont commencé le 2 octobre par des conférences techniques qu'a faites M. le Dr Banech, médecin principal, qui a la direction professionnelle de ces manœuvres. Le 3 octobre, matin, après une conférence d'ordre militaire de M. le commandant Kopp, chef d'état-major du commandant du département de la Seine, le personnel et le matériel d'une ambulance divisionnaire, d'une ambulance de corps d'armée, d'un hôpital de campagne et d'un hôpital d'évacuation, ont quitté à onze heures les docks du Service de Santé, avenue de Latour-Maubourg, et se sont dirigés sur Saint-Denis pour y cantonner.

Le 36e régiment d'infanterie a quitté la caserne de Penthièvre pour aller cantonner à Drancy; le 129e est allé de Courbevoie au Bourget. Le général Dalstein, qui commande les troupes mises en mouvement, s'était rendu également à Saint-Denis, le soir.

Quant aux 120e et 128e régiments d'infanterie casernés dans cette ville, ils en sont partis le lendemain matin à la première heure; l'escadron du 28e régiment de dragons et les batteries des 12e et 13e régiments d'artillerie, en garnison à Vincennes, sont sortis de leurs quartiers de manière à être sur le terrain avant l'ouverture du combat.

Le personnel et le matériel du Service de Santé ont suivi les colonnes en marche.

L'ennemi a été figuré par un détachement qui a pris position entre Gonesse et l'Orme de Morlu.

Le combat s'est engagé dans cette direction, après un petit engagement d'avant-poste sur la rive gauche de la Morée; il s'est poursuivi par Dugny et Blanc-Mesnil, sur la rive droite de ce cours d'eau.

L'exercice, extrêmement intéressant au point de vue sanitaire, a commencé vers sept heures et demie.

Le feu a cessé à onze heures; les troupes ont pris leur repas, puis ont regagné leurs cantonnements, en laissant les blessés qu'ont recueillis les diverses installations sanitaires, dont les échelons successifs ont fonctionné depuis le champ de bataille jusqu'au Bourget, où l'ambulance divisionnaire a été embarquée dans la matinée du 7.

M. H. Barthélemy fait les observations suivantes sur les manœuvres dans le *Journal* du 5 octobre :

« Les phases de l'attaque ont été marquées méthodiquement et, à chaque reprise de la marche en avant, les troupes laissaient en arrière quelques blessés : ceux qui n'avaient que des atteintes légères étaient conduits par des brancardiers jusqu'aux postes de secours, où ils auraient été pansés en cas de blessure réelle, les autres étaient enlevés sur des brancards jusqu'aux relais d'ambulance qui les faisaient transporter en arrière, soit par les voitures, soit par les mulets de bât. Les rires et les quolibets des réservistes du train, qui les chargeaient sur les cacolets et les literies, suffiraient pour condamner le vieux matériel en usage dans notre armée.

« Puisque ces relais sont toujours installés sur des routes et des chemins qui conduisent aux ambulances, aux hôpitaux de campagne et aux hôpitaux d'évacuation, installés eux-mêmes dans de vastes locaux de villages, bourgs et villes; en un mot, puisque cette véhiculation se fait par voie de terre, je me demande comment on ne cherche pas à remplacer tous ces engins surannés par de pratiques applications du vélocipède et de l'automobile. Deux vélocipèdes accouplés et réunis par un brancard peuvent porter un malade. Une voiture automobile occupe dans le convoi moitié moins de longueur qu'une voiture à quatre chevaux.

« Le vélocipède et l'automobile, outre ces avantages, permettent de réduire considérablement l'effectif des non-combattants et le chiffre des animaux de trait ou de bât; en y ajoutant la forte diminution des approvisionnements de fourrages, on voit que l'armée aurait tout bénéfice dans cette transformation, et, certes, les blessés ne s'en plaindraient pas.

« M. le général Brugère, M. le Dr Dujardin-Beaumetz, inspecteur général du Service de santé; MM. les Drs Dieu et Chauvel, inspecteurs, qui dirigent ce service, le premier, au Ministère de la Guerre, le second, dans le Gouvernement militaire de Paris, assistaient aux opérations. »

Les exercices d'évacuation des blessés se sont continués les 5, 6 et 7 octobre.

Les épidémies.

La peste en Portugal.

Les journaux reproduisent les dépêches suivantes qui nous renseignent sur l'évolution de l'épidémie de peste d'Oporto.

Oporto, le 27 septembre. — On a enregistré aujourd'hui deux cas de peste et deux décès. On a enregistré aujourd'hui huit cas de peste et quatre décès près de Rio-Tinto, à huit kilomètres vers le Nord en dehors du cordon sanitaire.

Oporto, le 28 septembre. — On confirme l'apparition de la peste à Baguim; elle aurait été apportée par deux malades de l'hôpital.

Oporto, le 29 septembre. — Pendant ces derniers jours, la peste à fait plus de victimes que précédemment. Il y a eu, le 23 septembre, 3 nouveaux cas de peste et 2 décès; le 24, 4 nouveaux cas et 2 décès; le 25, 1 nouveau cas, et le 26, 4 nouveaux cas. Il y a eu, en outre, 10 nouveaux cas de peste et 5 décès en dehors du cordon de troupes à Vandanova. Le 28, le soir, des gens du peuple ont jeté des pierres contre les voitures des médecins étrangers qui allaient assister à une autopsie, puis se sont enfuis; aucun médecin n'a été atteint. La police est accourue aussitôt.

Oporto, le 29 septembre. — D'après le bulletin de la journée, il y a eu aujourd'hui 5 cas de peste et 1 décès. Au village de Baguim, près de Rio-Tinto, on a constaté 7 décès sur 10 cas de peste. On a fait transporter de Rio-Tinto à Oporto, dans un vagon scellé et isolé, 2 malades suspects.

Oporto, le 30 septembre. — A Bruimant, pendant la semaine, il y a eu 22 cas de peste et 9 décès, y compris 3 cas et 1 décès nouveaux aujourd'hui. L'apparition de la peste est confirmée à Baquim. On dément les bruits relatifs aux autres villages et au cordon sanitaire. Le médecin norvégien Girsvole a isolé le bacille de la peste sur des pattes de mouches prises à l'hôpital des pestiférés et sur des mouches prises sur des cadavres autopsiés. Le médecin en chef municipal d'Oporto, M. Jorge Ricardo, a signifié aux autorités la difficulté qu'il y avait pour lui à combattre l'épidémie, parce que le concours des classes dirigeantes lui fait défaut. Il a demandé à être relevé de ses fonctions pour raison de santé.

Lisbonne 1er octobre. — Un nouveau cas de peste s'est produit à Baguim. C'est le dernier membre d'une famille de six personnes qui est atteint. Déjà la mère et trois fils sont morts. Le père et une fille sont grièvement malades.

Les journaux portugais rendent un chaleureux hommage au courage d'une de nos compatriotes, Mme Albert Calmette, femme du directeur de l'Institut Pasteur de Lille, chef de la mission française pour l'étude de la peste en Portugal. Mme Calmette, ayant revêtu la blouse aseptique réglementaire, a visité l'hôpital de Bonfim, s'arrêtant au chevet des malades, leur adressant des paroles d'espérance et de consolation, et ne les quittant qu'après avoir remis à chacun une enveloppe entourée d'un ruban aux couleurs françaises et contenant une offrande. La vaillante visiteuse a remis aux infirmières une enveloppe analogue. La courageuse démarche de Mme Calmette parmi les pestiférés de Bonfim a produit à Oporto une profonde impression. (*Le Soleil* du 28 septembre 1899.)

La peste à l'île Maurice.

Londres, 1er octobre. — Le gouvernement de l'île Maurice télégraphie que durant la semaine se terminant le 28 septembre, il y a eu 55 nouveaux cas de peste et 33 décès. Le total des décès est de 47.

La fièvre jaune en Amérique.

New-York, le 27 septembre. — 46 nouveaux cas de fièvre jaune se sont produits à Key-West hier. La maladie fait de très grands progrès à Mississipi-City. 2 nouveaux cas de fièvre jaune ont été constatés à Jacksonville (Mississipi), 2 autres à la Nouvelle-Orléans et 30 à Mississipi-City. 2 nouveaux décès à Key-West.

New-York, 28 septembre. — Il s'est produit 26 nouveaux cas de fièvre jaune et 1 décès à Key-West, et 5 cas à Jacksonville.

New-York, 30 septembre. — Il y a eu 54 cas nouveaux de fièvre jaune et 1 décès à Key-West; 3 cas nouveaux à la Nouvelle-Orléans; 1 cas nouveau à Jackson et 5 cas à Santenille (Mississipi.)

Le typhus en Allemagne.

120 cas de typhus viennent d'être officiellement constatés à Lœbtau, près de Dresde. Il y a eu 12 décès. Une enquête a fait découvrir que l'aqueduc de Wœlfnitz, qui fournit d'eau une partie de Lœbtau, était contaminé. Il a été fermé immédiatement.

D'autre part, on annonce que le typhus vient de faire son apparition en Alsace-Loraaine. Il a éclaté dans la garnison de Metz. Le 12e d'artillerie et le 98e d'infanterie sont particulièrement atteints : l'un a 170 malades, l'autre 77. Ils ont été évacués sur les forts.

Congrès de 1900.

Premier Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale.

Un Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale, institué par arrêté ministériel en date du 11 juin 1898, doit se tenir à Paris au cours de l'Exposition universelle de 1900, du 23 au 28 juillet inclus.

Ce Congrès comprendra quatre sections : 1re *Section.* Président : M. André (de Toulouse); secrétaires : MM. Poitou-Duplessis et Ducor. Des rapports du Médecin avec les collectivités (Etat ou collectivités autres que l'Etat : des lois réglementant l'exercice de la médecine; les médecins et l'Assistance publique, etc., etc.; grandes compagnies; sociétés d'exploitations industrielles, etc., etc.). — 2e *Section.* Président : M. Queirel (de Marseille); secrétaires : MM. Tapie et Doury. Des rapports du médecin avec les individualités (clients etc., auxilliaires du médecin, etc., exercice illégal de la médecine). — 3e *Section.* Président : M. Lacassagne (de Lyon); secrétaires : MM. Dignat et Millon. Des rapports du médecin avec ses confrères (Déontologie). — 4e *Section.* Président : M. Gross (de Nancy); secrétaires : MM. Cayla et Piot. Des œuvres professionnelles de prévoyance, de défense ou d'assistance médicales.

Les communications, dont un résumé devra être envoyé au secrétaire général du Congrès le plus tôt possible et de toute façon avant le 1er juillet 1900, pourront être faites en français, anglais ou allemand. Les communications en toutes autres langues devront être accompagnées d'un résumé de 20 lignes rédigé en français, lu en séance et imprimé aux comptes rendus.

Outre les communicatiocs faites en séances de section, les membres du Congrès auront à discuter 7 rapports qui, imprimés et distribués à l'avance aux congressistes, seront lus en séances générales. Ces rapports auront trait aux questions suivantes : 1° Des principes fondamentaux de la déontologie médicale; rapporteur : M. Grasset (de Montpellier); — 2° De l'exercice illégal de la médecine; rapporteur : M. Descouts (de Paris); 3° Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicales; rapporteur : M. Lande (de Bordeaux); — 4° Des œuvres de défense professionnelle; rapporteur : M. Porson (de Nantes); 5° Relations des médecins avec les mutualités; rapporteur : M. Cuylits (de Bruxelles); — 6° Organisation des Chambres médicales et leurs résultats dans les pays où elles fonctionnent; rapporteur : M. Pollak (de Vienne); — 7° Organisation de la Ligue des médecins de Hongrie; rapporteur : M. Jendrassik (de Budapest).

Les rapports imprimés en français seront accompagnés d'un résumé en allemand et en anglais.

La cotisation, fixée à 15 francs, doit être adressée au trésorier général, M. P. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Outre les avantages réservés d'ordinaire aux adhérents aux congrès officiels, elle donne droit à d'importantes réductions sur le tarif des chemin de fer français. Une circulaire ultérieure, donnant les renseignements nécessaires à cet égard ainsi que le programme complété des travaux du Congrès, sera envoyée avec leur carte d'adhérent aux médecins qui auront fait parvenir à temps leur adhésion.

Des commissions locales de propagande fonctionnent à

l'heure actuelle dans tous les principaux centres médicaux et dans les départements en France.

Des comités nationaux sont actuellement constitués et fonctionnent à l'étranger.

Une circulaire générale avec bulletin d'adhésion sera adressée à tous les médecins de France et à un grand nombre de médecins étrangers, dans le courant des mois de novembre et décembre 1899.

Nous prions instamment les médecins praticiens de prendre avec soin connaissance de cette circulaire, que l'on voudra bien réclamer en cas d'oubli, et d'envoyer au trésorier, le plus tôt possible, le bulletin d'adhésion signé.

Adresse du bureau du Congrès : Librairie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bureau du Congrès. Président du Congrès : M. L. Lereboullet, rue de Lille, 44, Paris. Vice-présidents du Congrès : MM. Grasset (de Montpellier); R. Jamin et Le Baron (de Paris); Porson (de Nantes). Secrétaire général du Congrès : M. Jules Glover, rue du Faubourg-Poissonnière, 37, Paris. Secrétaire général adjoint : M. P. Gastou (de Paris). Trésorier général du Congrès : M. P. Masson, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Congrès international des sourds-muets.

Pour répondre au désir exprimé par le plus grand nombre des instituteurs et des philanthropes étrangers, et par un certain nombre de personnes en France, qui ont fait à la proposition d'un Congrès un chaleureux accueil, une Commission s'est formée, qui a reçu de M. le Commissaire général de l'Exposition de 1900 le mandat d'organiser un Congrès international pour l'étude des questions d'éducation et d'assistance des sourds-muets.

Ce Comité s'est divisé en deux sections, celle des entendants et celle des sourds-muets. Cette division a paru nécessaire d'abord parce que les délibérations en commun ne sont pas possibles, ensuite parce que dans le temps assez court qui lui sera accordé, le Congrès pourra aborder un plus grand nombre de questions. Les sections devant délibérer isolément, chacune d'elles conservera la pleine et entière responsabilité des votes qu'elle aura émis.

Le Congrès se réunira dans les locaux de l'Exposition les 6, 7 et 8 août 1900.

Chacune des sections a le devoir de rechercher quelles sont les questions qui paraissent primer les autres par leur importance et leur actualité. Constater les progrès acquis depuis quinze ans ; chercher à unifier, si c'est possible, les procédés qui rendent le plus efficaces les bienfaits de la méthode orale ; examiner ce qui, dans les programmes d'instruction, doit être particulièrement conservé ou rejeté ; adapter les programmes aux aptitudes diverses, intellectuelles et physiques des sourds-muets ; faciliter aux plus capables l'entrée des écoles d'agriculture, de commerce ou de l'industrie; encourager les sociétés de sourds-muets (secours mutuels, appuis fraternels ou autres), les associations ouvrières ; étudier les questions d'assistance par le travail, telles sont les préoccupations qui ont provoqué la formation du Comité d'organisation.

Ce Comité a pensé aussi que les instituteurs, les philanthropes et les Sourds-Muets du monde entier avaient besoin de se connaître, d'échanger leurs vues, de se grouper pour le plus grand bien de ceux auxquels ils ont consacré leur vie et leur dévouement. Le Comité est donc certain que tous ceux qui ont pour objectif l'intérêt des sourds-muets répondront au chaleureux appel qui leur est adressé. Il leur demande de s'inspirer des idées générales exprimées dans cette circulaire pour formuler un certain nombre de questions.

Les questions proposées par le plus grand nombre des adhérents seront l'objet de rapports qui seront discutés. Celles concernant la Section des Sourds-Muets seront fixées par le Comité du Programme, d'après les propositions qui lui auront été soumises avant le 1er novembre 1899. Les rapports, les procès verbaux des séances et les travaux apportés au Congrès et qui n'auraient pas pu être étudiés faute de temps seront publiés en un volume auquel aura droit chaque membre du Congrès qui aura payé une cotisation de 10 francs.

Cette cotisation est exigée pour faire partie du Congrès.

Des Comités internationaux de propagande vont être créés en France et à l'étranger. Un Comité de réception sera à la disposition des membres du Congrès. Un règlement intérieur sera adressé en temps opportun à chacun des adhérents.

Bureau de la Section des Entendants. — Le président, Dr Ladret de Lacharrière ; le vice-président, Baguer ; le trésorier, Dr Saint-Hilaire ; le secrétaire des séances, Dr Legay ; le secrétaire général, Dr Martha. — *Bureau de la Section des Sourds-Muets.* — Le président, Desuzeau ; le vice-président, Emile Mercier ; le trésorier, Henri Desmarest ; le secrétaire du Comité du programme, Henri Gaillard ; le secrétaire général, Henri Jeanvoine (1).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Samedi 14. — *4e de Doctorat* : MM. Pouchet, Desgrez, Launois.

FORMULES

XXXI. — Contre la pelade.

Le matin, après avoir soigneusement épilé le pourtour de la plaque et pratiqué un lavage chaud au savon de goudron, faire une friction avec :

Teinture de cantharide.	
Teinture de Baumé.	
Essence de Wintergreen.	ââ 5 grammes.
Baume de Fioraventi.	
Chloroforme.	

Le soir, enduire avec la pommade :

Résorcine.	1 gramme
Soufre.	10 —
Turbith minéral.	5 —
Vaseline.	100 —

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 17 sept. au samedi 23 sept. 1899, les naissances ont été au nombre de 1160, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 424, illégitimes, 169. Total, 583. — *Sexe féminin* : légitimes, 410, illégitimes, 167. Total, 577.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 17 sept. au samedi 23 sept. 1899, les décès ont été au nombre de 698, savoir : 370 hommes et 328 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 10. T. 21. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.—Variole : M. 0, F. 0 T. 0. —Rougeole : M. 4, F. 1. T. 5. —Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie. Croup : M. 0, F. 1, T. 1. — Grippe : M. 0, F. 8, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 97, F. 83, T. 180. — Méningite tuberculeuse : M. 3, F. 8, T. 11. — Autres tuberculoses : M. 1, F. 1, T. 2. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 1, T. 2 — Tumeurs malignes : M. 26, F. 27, T. 53. —Méningite simple : M. 11, F. 6, T. 17. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 13, F. 16, T. 29. — Paralysie, M. 1, F. 3, T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 2, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 15, F. 25, T. 40. — Bronchite aiguë : M. 3, F 3, T. 6. — Bronchite chronique : M. 6, F. 4, T. 10. — Broncho-pneumonie : M. 14, F. 10, T. 24. — Pneumonie : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 12, F. 15, T. 27. — Gastro-entérite, biberon : M. 30, F. 16, T. 46.— Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 6, F. 2, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale, M. 14, F. 11, T. 25. — Sénilité : M. 7, F. 12, T. 19. — Suicides : M 12, F. 4, T. 16. — Autres morts violentes : M. 5, F. 4, T. 9. — Autres causes de mort : M. 55, F. 46, T. 101. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 58, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 19, illégitimes, 8. Total : 27. — *Sexe féminin* : légitimes, 18, illégitimes, 13. Total : 31.

(1) Les communications doivent être adressées à MM. le Dr Ladreit de Lacharrière, quai Malaquais, 3 ; Henri Jeanvoine, rue du Commerce, 77, à Epernay (Marne). Les communications concernant le Programme de la Section des Sourds-Muets devront être envoyées à M. Henri Gaillard, rue d'Alésia, 111 *ter*, Paris.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira le 22 mars 1900, devant l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite Ecole. Le registre d'incription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — *Concours pour l'admission à quatre emplois d'interne provisoire en Médecine et en Chirurgie à la Maison départementale de Nanterre, qui seront vacants le 1er janvier* 1900. — Les internes provisoires admis à la suite du Concours pourront être nommés internes titulaires au cours de l'année, s'il se présente une ou plusieurs vacances ou, en tout cas, au plus tard à l'expiration d'une année d'exercice, pour une nouvelle période d'un an, sur la proposition des médecins et du chirurgien de la Maison départementale de Nanterre et l'avis du Directeur de la maison. Tout interne qui serait reçu docteur devra résigner ses fonctions dans le mois qui suivra sa soutenance de thèse. — Un concours sera ouvert, le 15 novembre 1899, à la Maison départementale de Nanterre, pour l'admission à quatre emplois d'interne provisoire en Médecine et en Chirurgie qui deviendront vacants dans cet établissement le 1er janvier 1900. Traitement annuel : 1.000 francs. (Les internes titulaires reçoivent un traitement annuel de 1.200 francs plus une indemnité de 1.080 francs.) — Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire incrire à la Préfecture de police (service du personnel, caserne de la Cité). Le registre d'inscription sera ouvert le 5 octobre 1899, à 10 heures du matin, et clos définitivement le 25 du même mois, à 4 heures.

Les candidats devront remplir les conditions suivantes : 1° Etre Français ; 2° être âgés de moins de vingt-huit ans ; 3° être pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine justifiées par un certificat de scolarité de date récente ; 4° n'être pas reçus docteurs en Médecine.

Ils devront adresser au Préfet de Police une demande sur papier timbré et y joindre un extrait authentique sur timbre de leur acte de naissance, un extrait du casier judiciaire remontant à moins d'un mois, les pièces établissant leur situation au point de vue militaire, et une notice indiquant leurs titres scientifiques ou hospitaliers. Le Concours, qui aura lieu à la Maison départementale de Nanterre, comprendra deux séries d'épreuves : 1° épreuves d'admissibilité ; 2° épreuves définitives.

A. — *Epreuves d'admissibilité* : 1° examen d'un malade de médecine ; 2° examen d'un malade de chirurgie. Il sera accordé pour chaque malade : dix minutes d'examen, dix minutes de réflexion, dix minutes d'exposé oral ; 3° une question d'obstétrique traitée en cinq minutes après cinq minutes de réflexion. Chacune de ces trois épreuves sera évaluée en chiffres (20 points au maximum). Le nombre des candidats admissibles aux épreuves définitives sera au moins double du nombre des places vacantes.

B. — *Epreuves définitives* : 1° rédaction de deux ordonnances, l'une de thérapeutique infantile, l'autre de thérapeutique sénile ; dix minutes seront accordées pour cette rédaction. Cette épreuve sera évaluée en chiffres (20 points au maximum) ; 2° une reconnaissance anatomo-pathologique. Cette épreuve sera évaluée en chiffres (20 points au maximum). — Les candidats seront classés par ordre de mérite ; dans le classement *ex æquo*, il sera tenu compte des titres.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier* 1900 *dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, Asile Clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif.* — Le lundi 6 novembre 1899, à une heure précise, il sera ouvert, à l'Asile Clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1900, dans les dits Etablissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce Concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 9 au samedi 21 octobre 1899 inclusivement.

CONCOURS DES HÔPITAUX DE PARIS. — *Internat.* — Le jury provisoire a été constitué de la façon suivante : MM. les Drs Charrin, Claisse, Duflocq, Brocq, Mauclaire, Périer, Poirier, Benjamin Anger, Budin et Bouffe. Séance préparatoire, le vendredi 13 octobre, à quatre heures. Première séance : composition écrite le lundi 16 octobre, à midi, à la salle Saint-Jean (Hôtel-de-Ville).

Externat. — Membres du jury : MM. les Drs Roubinovitch, Lamy, Teissier, Legry, Launay, Auvray, Brindeau et Morestin. Séance préparatoire, le samedi 14 octobre, à 4 heures. Première séance : le mardi 17 octobre, à 4 heures, à l'amphithéâtre de l'Administration.

DOCTORAT EN PHARMACIE. — L'Ecole de Pharmacie de Paris vient, pour la première fois, de décerner le titre de « docteur en pharmacie ». Le lauréat est M. Dufour, pharmacien principal de 2e classe. Sa thèse, qui, d'ailleurs, a obtenu la mention très bien, portait sur une *Etude historique, chimique et bactériologique des eaux de Versailles.*

EXPLOITATION DES ORPHELINES PAR LES RELIGIEUSES. — Parlant du travail que l'on fait faire aux orphelines dans les couvents, la supérieure d'une œuvre catholique d'assistance par le travail, l'apprécie ainsi : « Le travail à façon que l'on fait faire pour les magasins, est une exploitation des malheureux et des malheureuses. »

ŒUVRES DE MER : *Le navire-hôpital de Terre-Neuve.* — Nous extrayons d'une lettre adressée à Mgr Tibéri, par MM. Métayez, curé de l'Ile-aux-Chiens ; Folie, vicaire de Saint-Pierre ; Mariotti, vicaire à Saint-Pierre, le passage suivant, cité par le *Journal* du 5 octobre, relatif au navire des Œuvres de mer : « Le navire-hôpital est plus utile en principe, puisqu'il va sur le banc de Terre-Neuve, au milieu des marins ; mais en fait, il rend peu de service, cette année. Sur plus de 200 malades venus à l'hôpital, le navire des Œuvres de mer en a apporté huit. Les armateurs s'étonnent que pour tant de dépenses, le résultat soit si petit. Quant à la maison de Terre, elle est visitée pendant quinze jours au printemps, quinze jours à l'automne, et le soir seulement. Pendant la journée, les deux aumôniers et les deux frères qui l'occupent n'ont rien à faire. On les voit tous les jours faire leur promenade dans les rues. Les habitants sont surpris de voir qu'on dépense, pour un si minime résultat, tant d'argent versé par la charité française. *C'est une œuvre manquée.* »

NOUVEAUX JOURNAUX DE MÉDECINE. — Nous souhaitons la bienvenue à deux nouveaux confrères dans le journalisme médical : 1° La *Revue critique de Médecine et de Chirurgie*, qui paraît sous la direction de M. Doyen, le chirurgien bien connu, et de M. Toupet, médecin des hôpitaux ; 2° L'*Index medicus novus*, journal de bibliographie médicale, publié à Vienne par M. Tobias Prusenovsky.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de : M. le Dr CHRÉTIEN (de Paris), ancien interne des hôpitaux, et de M. le Dr RENARD (de Pithiviers).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 41. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 14 OCTOBRE 1899.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse ou hypertrophique ;

PAR BOURNEVILLE.

L'*idiotie* symptomatique de *sclérose tubéreuse* ou *hypertrophique* se rencontre assez rarement. L'observation que nous donnons est la septième de notre série personnelle (1). De même que ses aînées, elle nous semble mériter d'être soumise à nos lecteurs et de nature à provoquer la publication de cas analogues dont la réunion pourra servir, si cela est possible, à tracer la nosographie de cette forme curieuse d'idiotie.

SOMMAIRE. — *Père, quelques excès de boisson. — Arrière-grand'mère morte d'une troisième attaque de congestion cérébrale. — Arrière-grand'mère paternelle morte « un peu paralysée ». — Gémellarité.*

Mère, enfant du siège, nerveuse. — Tante maternelle migraineuse. — Renseignements insuffisants.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 13 ans.

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de notable. — Enfant normale jusqu'à 6 mois. — De sept (?) à dix mois, convulsions. — A dix mois, état normal : regard fixe, station verticale impossible, convulsions quotidiennes, de plus en plus répétées jusque vers un an. — Vers 17 mois accès de cris, grincements de dents, surdité apparente, balancement antéro-postérieur du tronc, pâleur intermittente de la face. — Sommeil interrompu par des accès de cris. — Préhension presque nulle. — Gâtisme. — Attention non fixable. — Aucun signe d'intelligence, marche très limitée. — Description de la malade.

1896. Entérite, puis bronchite avec fièvre : suspension des vertiges. — Amélioration à divers points de vue. — Grincements de dents.

1897. Diarrhée verte intermittente : — bronchite, dyspnée, mort.

AUTOPSIE : — *Nombreux noyaux de* **sclérose tubéreuse** *sur les deux faces des hémisphères cérébraux. — Traînée de nodosités scléreuses, le long des corps striés. — Congestion pulmonaire. — Hypertrophie et dégénérescence graisseuse du foie. — Congestion et ramollissement d'une partie de la muqueuse de l'intestin grêle.*

(1) Voir plus loin le tableau récapitulatif, p. 247.

Blach.. (Angèle), née à Paris, le 14 avril 1894, est entrée dans le service le 12 février 1896.

Antécédents. (*Renseignements fournis par le père et la mère* en 1896 et complétés en mars 1897.)

PÈRE, 38 ans, courtier en vins, aucun accident nerveux, ni vénérien, eczéma il y a 2 ans, quelques *excès de boisson*, parfois pituite, n'a pas l'aspect d'un alcoolique. — [*Père, mère* en bonne santé, sobres. — *Grand'père paternel* mort vers 75 ans on ne sait de quoi. — *Grand'mère paternelle* morte à sa troisième attaque de *congestion cérébrale*. — *Grand'père paternel* mort à 67 ans, on ignore de quelle maladie. — *Grand' mère maternelle* morte un *peu paralysée*, sans démence ; elle a eu deux *jumelles*. (Pas d'autres cas dans la famille). — Un *oncle* et deux *tantes paternels*, ainsi que leurs enfants, n'offrent rien de particulier. — Ni *oncle*, ni *tante maternels*. — Trois *frères* morts dans l'enfance, on ne saurait dire s'ils ont eu des convulsions. — Dans le reste de la famille, on ne connait aucune espèce de tare, ni aliénés, ni épileptiques, etc.]

MÈRE, 25 ans, née en janvier 1871, sans profession, aucun accident nerveux, si ce n'est des névralgies dentaires ; caractère impérieux, un peu nerveuse. — [*Père* sujet à des *céphalalgies*, sobre. — *Mère* en bonne santé. — *Grand'père* et *mère* paternels pas de renseignements. Elle n'a connu que quelques-uns de ses *oncles* qui jouissaient d'une bonne santé. — Pas de frère. — Une *sœur* sujette à des *migraines*. — Rien de particulier dans le reste de la famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 13 ans.

Deux *enfants* : 1° la malade, 2° un garçon âgé d'un an (1).

Notre malade. — La *conception* a eu lieu dans de bonnes conditions, trois mois après le mariage. — *Grossesse* : pas d'alcool, pas de syncope, pas d'œdème, pas de peur. Au second mois contrariété parce qu'une femme est venue demander à parler à son mari ; elle a cru que c'était une ancienne maîtresse, elle a pleuré, a été triste deux ou trois jours, mais il n'y a eu aucun accident sérieux. Quelques nausées non suivies de vomissements. — *Accouchement* en six heures, présentation de la tête ; elle ne peut dire si elle a perdu beaucoup d'eau. — *A la naissance*, pas d'asphyxie ; elle avait des dimensions ordinaires, et a crié de suite. Elle a été le lendemain confiée à une nourrice bien portante et sobre. Le père affirme que sa fille, à six mois, était plus forte, paraissait mieux portante que son fils au même âge, et qu'elle était au moins aussi éveillée. Elle riait, regardait, « faisait comme un enfant qui s'amuse bien ». Lorsqu'on l'a revue à dix mois, elle ne paraissait plus normale, ce qu'on attribue à des con-

(1) En mars 1897, la mère, que nous avons revue, nous apprend qu'il continue à bien se porter, est intelligent, parle bien ; enfin qu'il lui est né en février de cette même année un 3me enfant qui parait bien venant.

vulsions qui n'auraient pas été soignées et sur lesquelles, malheureusement, on n'a pas de détails. Elle a été sevrée à cette époque pour permettre à sa nourrice d'allaiter son frère et a été reprise par ses parents. Elle avait le regard fixe et ne se tenait pas debout. Dès le lendemain de son retour, on a vu des *convulsions* : L'enfant devenait raide ; les yeux étaient tournés : « on ne voyait que le blanc » ; la face était très pâle, puis l'enfant avait un petit tremblement ; on ne se rappelle pas si elle bavait ou écumait. On croit qu'il n'y avait pas de dfférence entre les deux côtés du corps. Cette crise a duré deux minutes. Le même jour elle en aurait eu deux autres. Pendant une semaine, on a noté 2 ou 3 crises par jour, durant chacune moins de deux minutes. Au bout d'un mois, elles sont survenues *plusieurs jours de suite*. Ultérieurement, elles se sont montrées à des époques irrégulières. Il n'y en avait pas eu dans les deux mois qui ont précédé son entrée.

L'enfant a commencé à avoir des *accès de cris* après la dernière série convulsive dont nous venons de parler (novembre 1895). « Ces cris, dit la mère, n'avaient rien d'humain ; c'était comme des cris d'animaux ; ils survenaient à la moindre contrariété, si on lui faisait sa toilette, si on la levait. » C'est à la même époque que sont survenus les grincements de dents : « Elle en grinçait de plus en plus ; c'était agaçant. » La préhension était limitée à la prise des aliments, biscuits, pain. Elle jetait les jouets.

Jamais elle n'a donné aucun signe d'intelligence. « Sauf ce qui concernait les aliments, tout le reste lui était indifférent : elle ne connaissait personne. » L'attention n'était nullement fixable ; si on l'interpellait vivement, elle restait indifférente. Le médecin de la famille a cru un moment qu'elle était sourde. Le sommeil aurait été bon jusqu'à l'entrée.

On n'a pas noté de krouomanie, mais souvent elle mettait la tête entre ses mains comme quelqu'un qui souffre. On ne saurait dire si les oreilles devenaient rouges : en revanche on aurait remarqué que, parfois, la face devenait très pâle. Balancement antéro-postérieur du tronc, pas de strabisme.

Appétit passable ; vomissements très rares ; ni constipation, ni vers. Elle marchait tenue à la main et l'on n'a pas constaté de différence entre les deux côtés du corps. Elle serait tombée deux ou trois fois sans que ses chutes aient présenté quelque chose de particulier. — L'enfant n'aurait eu aucune *maladie infectieuse*, ni *aucun accident scrofuleux*.

La *sensibilité générale* paraît conservée. Il en est de même de la *sensibilité spéciale*. Le regard est fixe. Bl... est à peu près insensible à la lumière et au bruit ; si le bruit est exagéré, on note une légère agitation des paupières. L'*attention* est nulle, ainsi que les *sentiments affectifs*. Elle ressemble davantage à son père qu'à sa mère ; elle ne reconnaît pas ses parents.

Les parents ont relevé des *étourdissements*, environ une fois par semaine : L'enfant étant sur sa chaise tombait comme endormie ; étant réveillée elle poussait des cris. — Le *sommeil* est variable : quelquefois, elle dort pendant 10 ou 12 heures de suite ; d'autrefois elle se réveille peu après s'être endormie et pousse des cris ininterrompus jusqu'au jour.

État actuel (13 *février* 1896). — Embonpoint moyen ; malgré cela, l'enfant a un air maladif dû surtout à la pâleur cireuse de son teint. La physionomie est dénuée de toute expression ; le regard est dur, presque méchant. — Balancement latéral de la tête. — *Cheveux blonds*, abondants au sommet de la tête et rares sur les tempes. — La *peau*, pâle comme le visage, n'offre ni taches, ni cicatrices.

Crâne allongé, symétrique ; les bosses pariétales sont peu marquées et les bosses frontales à peine dessinées. — Les fontanelles sont fermées. — Le *front* est haut, bien découvert, rétréci. — *Visage* ovale, plus étroit en haut qu'en bas. Les sourcils sont peu fournis ; les arcades sourcilières sont déprimées. Les mouvements des *yeux* sont lents. L'iris est bleu, les pupilles un peu dilatées ne réagissent que médiocrement à la lumière surtout à gauche. C'est tout ce qu'on peut constater. — Le *nez* est court, camus ; les ailes du nez sont égales, la cloison régulière. L'*odorat* semble obtus, l'enfant étant indifférente aux bonnes et aux mauvaises odeurs. — Les *joues* sont arrondies, assez larges. — La *bouche*, d'habitude largement ouverte, mesure 52 mm. La lèvre supérieure est mince, l'inférieure est lippue et pendante, l'enfant a constamment son pouce dans la bouche. — Les maxillaires présentent un large développement du diamètre transversal avec abaissement léger de la voûte palatine. — La *dentition* est saine et normale, sauf un léger retard d'éruption des deuxièmes molaires temporaires supérieures qui n'ont point encore apparu, mais sont sur le point de sortir (1).

Cou : circonférence 25 centimètres. Le *corps thyroïde* est petit. — *Thorax* : large, volumineux, cylindrique, sans traces de rachitisme.

Abdomen très déprimé, souple ; rien de particulier pour le *foie* et la *rate*. — *Organes génitaux* : les grandes lèvres sont nettement marquées surtout à la partie inférieure. *Erythème* de la vulve occasionné par le contact de l'urine, l'enfant étant gâteuse ; pas d'onanisme.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont assez volumineux et potelés ; les ongles sont réguliers, les tibias sont assez fortement incurvés en dedans. L'enfant se tient convenablement sur ses jambes et met de la bonne volonté à se tenir dans le chariot. — Les *réflexes* sont normaux, plutôt un peu diminués. Les mouvements volontaires sont lents et rythmés. Les mouvements provoqués sont naturels. — Il n'y a pas de contracture.

L'enfant ne sait pas se servir de la cuillère, prend plaisir à mettre ses mains dans son assiette, mange avec avidité tout ce qu'on lui donne. Elle pleure dès qu'elle aperçoit la soupe, et ne cesse de crier que lorsqu'on la fait manger. Elle boit peu et préfère le lait au vin. La mastication se fait assez bien, la déglutition est régulière, ni bave, ni succion, ni rumination, selles régulières, involontaires ainsi que la miction. — *Respiration, circulation* rien à noter.

La *parole* est tout à fait nulle. — L'enfant n'aide en rien à s'habiller, ne sait rien faire avec ses mains, elle est très coléreuse, aime à se traîner par terre, ne s'amuse avec aucun jouet, pousse des cris perçants dès qu'on la regarde, trépigne des pieds ; ne s'intéresse à rien de ce qui se passe autour d'elle ; crie des heures entières sans motifs. Elle tète son pouce constamment, pousse des cris épouvantables lorsqu'il s'agit de lui donner des soins de toilette.

Traitement: toniques, exercices de la marche, bains.

Température à l'entrée.

		Matin.	Soir.
12 février	1er jour	37°,4	»
13 —	2e —	37°	36°7
14 —	3e —	37°	37°
15 —	4e —	37°,5	38°,4
16 —	5e —	37°	36°

1er *avril*. — Diarrhée verte. T. R. 38°.

3 *avril*. — Augmentation de la diarrhée. T. R. 40°,2. — Acide lactique, lavements boriqués, etc.

4 *avril*. — Amélioration ; les selles sont moins fréquentes et ont meilleur aspect.

7 *avril*. — La diarrhée a disparu. — *Bronchite*. T. R. 30°,5.

14 *avril*. — La bronchite diminue, l'enfant reprend ses forces, mais elle a maigri durant ses deux maladies.

Mai. — Depuis le début de son *entérite* (avec fièvre) jusqu'à la fin du mois de mai elle n'a pas eu de vertiges.

Juillet. — La physionomie est beaucoup plus éveillée. Bl.. prononce distinctement le mot : maman ; se tient très bien sur ses jambes et aime l'exercice de la *marche*. Elle se laisse débarbouiller plus facilement ; se montre un peu affectueuse envers les personnes qui la soignent. Elle semble s'intéresser au chant et à la musique. Les colères ont diminué.

1897. *Janvier*. — Bl... est plus forte sur ses jambes et *marche* constamment. — Les *colères* ont diminué de fréquence et d'intensité. — De temps en temps, diarrhée.

20 *février*. — Toux assez fréquente ; appétit persistant.

21 *février*. — Nuit bonne, un peu d'abattement, soif assez vive, refus de manger. Quelques râles de bronchite. T. R. 37°,1 et 37°,4.

(1) L'examen des dents a été fait par M. Bouvet en juin 1896 quand l'enfant avait 26 mois.

22 février. — La toux est la même, l'abattement est plus prononcé, réapparition de la diarrhée. T. R. 37°,2 et 37°,5.

23 février. — Même état, diminution de la diarrhée, fièvre légère. T. R. 38° et 38°,4.

24 février. — Nuit bonne, abattement très prononcé malgré cela. Toux rare, selles vertes, T. R. 39°,4 et 39°. — Vers huit heures du soir dyspnée, cyanose de la face et des lèvres, mort à 8 heures 1/2.

Tableau du Poids et de la Taille

	1896.		1897.
	Février.	Juillet.	Janvier.
Poids........................	10 k.	10 k.	11.200
Taille........................	0m77	0m79	0m79

Tableau des vertiges : 84 depuis l'admision jusqu'au 31 décembre 1896 ; sept en Janvier 1898 et 6 en Février.

Mesures de la tête.	1896 Février.	1896 Juillet.	1897 Janvier.
Circonférence horizontale maxima........................	47 »	47 »	47 »
— bi-auriculaire........................	31 »	31 »	31 »
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez........................	36.»	36.»	36.1
Diametre antéro-postérieur maximum........................	16.3	16.4	16.4
— bi-auriculaire........................	10.5	10.5	10.5
— bi-pariétal........................	12.5	12.5	12.5
— bi-temporal........................	10 »	10 »	10 »
Hauteur médiane du front........................	5.5	5.5	5.5

Température après la mort.

Aussitôt la mort........................	37°
1/2 heure après........................	35°
2 —	33°
5 —	30°
7 —	26°
9 —	19°

La T. de la salle était de 18°.— *Poids* après décès : 11 kgr.

Autopsie faite 36 heures après le décès. — *Cuir chevelu* médiocrement épais ; petites ecchymoses en avant. — Os du *crâne* minces, peu durs et parsemés de nombreuses plaques transparentes. — La fosse temporale gauche semble plus petite que la droite. — Les *sutures* sont moyennement sinueuses, translucides ; la frontale gauche et l'occipitale droite ont chacune un os wormien. — *Glandes pituitaire* et *pinéale*, rien. — *Dure-mère* assez adhérente à la calotte. — *Liquide céphalo-rachidien* en petite quantité. — *Pie-mère* finement vascularisée d'une façon générale. — Les différentes parties de la base de l'encéphale sont symétriques.

Hémisphère cérébral droit........................	430 gr.
— — gauche........................	425 gr.
Cerveau........................	855 gr.
Hémisphère cérébelleux droit........................	50 gr.
— — gauche........................	50 gr.
Bulbe et protubérance........................	25 gr.
Cervelet et isthme........................	135 gr.
Encéphale........................	980 gr.

Hémisphère cérébral droit. — *Face externe.* — L'aspect général de l'hémisphère consiste en des circonvolutions assez compliquées, coupées de sillons nombreux, la plupart petites et comme flétries par la méningo-encéphalite, beaucoup ont perdu une partie de leur substance grise superficielle quand on a enlevé la pie-mère qui leur adhérait fortement. Mais ce qui caractérise tout particulièrement cet hémisphère ce sont les *noyaux de sclérose tubéreuse* qui forment un contraste frappant avec les régions qui les avoisinent. Ces noyaux, très-durs au toucher, donnent aux portions de circonvolutions qui en sont le siège un aspect hypertrophié, lisse, d'une blancheur très-prononcée qui tranche sur la couleur grise des portions de circonvolutions non sclérosées ; ils font saillie au-dessus des autres régions dont ils se distinguent très-nettement du premier coup d'œil. Nous allons décrire méthodiquement ces lésions.

F^1 est petite et atteinte par la *méningo-encéphalite* dans sa première moitié antérieure. Sa moitié postérieure est atteinte de *sclérose tubéreuse*. Une masse importante de sclérose existe à ce niveau comprenant cette partie de F^1 et un pli de passage hypertrophié entre F^1 et F^2. Cette masse a 6 centimètres d'avant en arrière et 3 cm., 5 environ de dedans en dehors et de haut en bas. F^2 est très altérée par la méningo-encéphalite. Vers sa partie médiane est un petit noyau tubéreux qui relie le noyau important que nous venons de signaler avec une seconde région sclérosée dans le trajet de F^3. En effet, toute la partie de F^3 qui forme les opercules frontal et rolandique est le siège de sclérose tubéreuse. Toute la région supérieure des circonvolutions FA et PA, le long du sillon de Rolando est sclérosée. — Le lobe pariétal supérieur est altéré par la *méningo-encéphalite*, mais le lobe pariétal inférieur est presque entièrement atteint de *sclérose tubéreuse*, formant un foyer très vaste qui s'étend sur le tiers postérieur du lobe temporal et sur le bord antérieur du lobe occipital. La partie antérieure du lobe temporal ne paraît pas présenter de lésions accentuées. Rien de particulier à noter au niveau de l'insula. (*Fig.* 21.)

Face interne. — La face interne de l'hémisphère gauche offre des lésions analogues à celles de la face externe. F^1 est atteinte de sclérose tubéreuse à son origine vers le pli fronto-limbique, puis à deux centimètres de la corne frontale où est un noyau d'un centimètre carré ; quelques millimètres en arrière se trouve un autre noyau de 2 cm. 5 qui continue le noyau de la face externe. D'autres foyers de sclérose occupent le lobule paracentral à sa partie postérieure, la région antérieure du coin, la corne occipitale et la seconde circonvolution temporo-occipitale. (*Fig.* 22.)

Hémisphère cérébral gauche. — Les lésions de cet hémisphère sont semblables à celles du côté opposé.

Face externe. — Cinq noyaux de sclérose hypertrophique sur le *lobe frontal* qui transforment son aspect ordinaire : 1° Un noyau triangulaire dont la base est formée par la scissure interhémisphérique et mesure 2 centimètres environ et dont le sommet est situé vers le 1/4 antérieur de F^3 ; le noyau est divisé par des sillons en trois segments et à 3 cm. 1/2 de hauteur. 2° Un second noyau existe un peu au-dessus de l'opercule frontal sur F^3 mais n'a guère plus d'un centimètre de dimension. 3° et 4° Deux gros noyaux arrondis existent sur le trajet de F^2 ou plus exactement forment une circonvolution supplémentaire et volumineuse entre F^1 et F^2, nettement séparée par un sillon. Le premier, antérieur, a 2 cm. 1/2 de diamètre, le second, postérieur, 1 cm. 1/2. 5° Le tiers moyen de FA est encore le siège de sclérose tubéreuse sur un trajet de 2 cm. de longueur. Les autres parties des circonvolutions frontales ont été privées de leur substance grise superficielle lorsqu'on a arraché la pie-mère et cela à cause des nombreuses adhérences de cette membrane. (*Fig.* 23.)

Le *lobe pariétal* n'offre pas de sclérose sur PA, ni sur le lobule pariétal supérieur, mais tout le lobule pariétal inférieur est le siège de sclérose tubéreuse hypertrophique, le gros noyau scléreux, qui a 4 cm. 1/2 d'avant en arrière sur 3 cm. 1/2 de haut en bas, est divisé en deux par le sillon parallèle.

Le *lobe occipital* est sclérosé au niveau de l'extrémité de la corne occipitale et ce foyer, qui semble la continuation du noyau pariétal, occupe la moitié postérieure du lobe occipital. Un autre noyau, assez petit, d'un centimètre environ, existe à la jonction de T^3 avec le lobe occipital.

Le *lobe temporal* présente vers la corne sphénoïdale un gros noyau comprenant l'origine des trois circonvolutions temporales, et qui a 3 centimètres d'avant en arrière. T^1 n'est alors sclérosée que vers son pied au niveau du lobe pariétal.

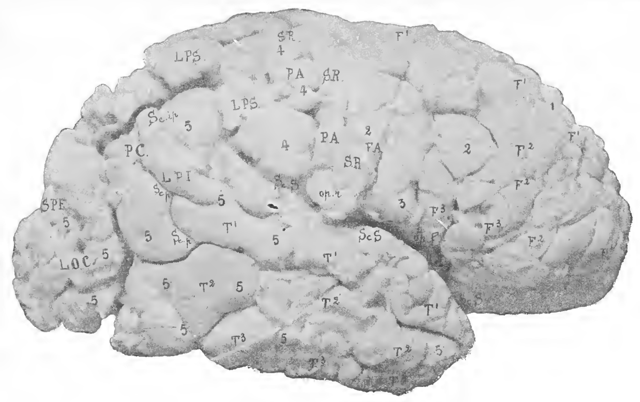


Fig. 21.

T^2 vers sa partie moyenne s'unit à T^3 par un gros pli de passage sclérosé. T^3, dont le 1/3 antérieur forme une grande partie de la zone scléreuse de la corne sphénoïdale, subit la même altération dans son tiers postérieur.

Face interne. F^1, à deux centimètres de l'extrémité de la corne frontale, offre une zone scléreuse de 2 cm., continuation de la zone de la face externe. Rien à noter sur le lobe paracentral. Le *lobule quadrilatère* présente à sa partie moyenne un petit noyau assez nettement limité de 1 cm. sur 5 millimètres. Rien d'anormal dans le *coin*. La *circonvolution temporo-sphénoïdale* est presque entièrement sclérosée tandis que la *circonvolution de l'hippocampe* paraît indemne. Sur le trajet de la circonvolution du corps calleux on constate, au niveau de son extrémité antérieure, au-dessus du pli fronto-limbique, un noyau sclérosé de 1 cm. environ et un autre de 2 centimètres en avant du pli pariéto-limbique.

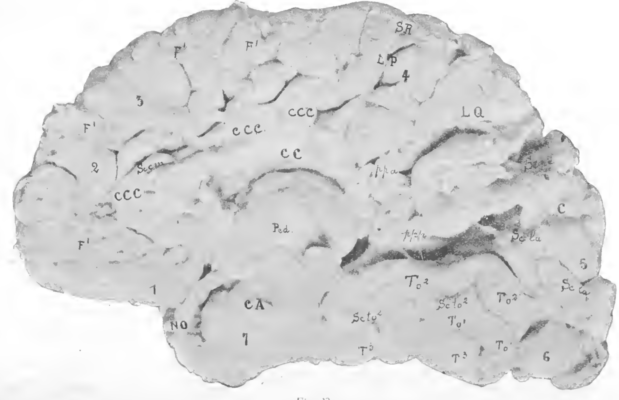


Fig. 22.

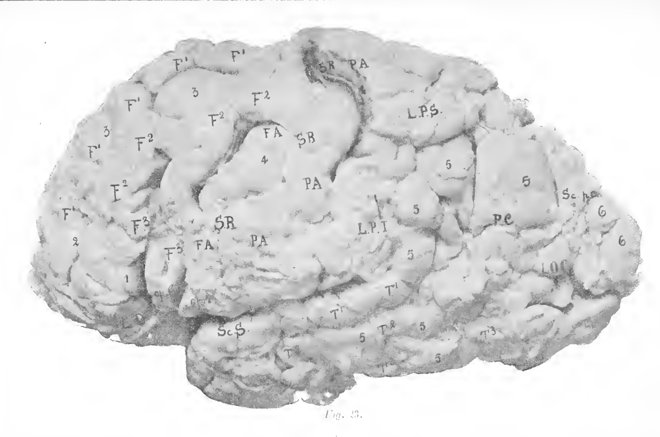


Fig. 23.

Rien à noter d'apparent au *corps calleux,* aux *noyaux gris,* ni aux *tubercules quadrijumeaux* et aux *pédoncules cérébraux.* (*Fig.* 24.)

Des deux côtés, il existe dans le *ventricule lateral,* le long du sillon qui sépare la couche optique du corps strié, une *traînée de petits noyaux de sclérose,* formant une saillie assez notable. *Nous avons trouvé cette lésion dans tous les cas de sclérose tubéreuse.*

Au niveau des *îlots de sclérose,* la *pie-mère* n'est nullement adhérente ; elle est mince et semble passer sur eux comme un voile. Nous avons également mentionné cette particularité dans tous les autres cas. Cette disposition forme un contraste frappant avec les lésions de *méningo-encéphalite* constatées sur un grand nombre des circonvolutions non sclérosées.

Cou. — Le lobe droit du *corps tyroïde* est un peu plus

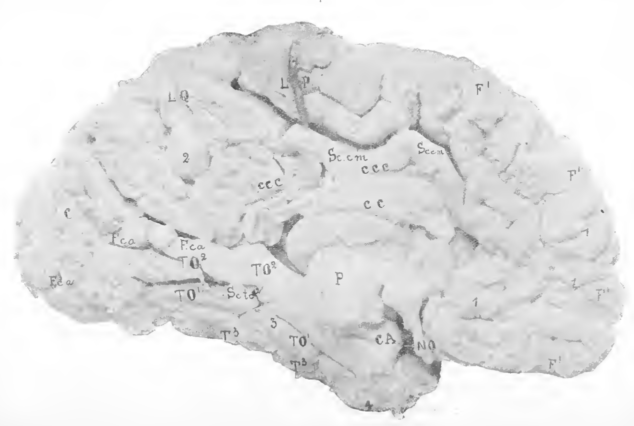


Fig. 24.

gros que le gauche (5 gr.). — Quelques traces du *thymus*.

Thorax. — Congestion légère du lobe inférieur du *poumon droit* (110 gr.) ; le *poumon gauche* (80 gr.) crépite dans toute son étendue. — *Cœur* (80 gr.) : caillots agoniques dans les quatre cavités ; trou de Botal oblitéré.

Abdomen. — *Foie* volumineux offrant un certain degré de dégénérescence graisseuse (1.025 gr.). — *Rate* lobulée, consistante (75 gr.). — *Rein droit* (40 gr.), lobulé ainsi que le *gauche* (45 gr.), tous deux un peu décolorés. *Capsules surrénales*, 2 et 3 gr. — *Estomac, pancréas, vessie*, rien. — *L'intestin grêle*, à 50 cen. de sa terminaison, a sa *muqueuse congestionnée* et *ramollie* sur une longueur de 30 cent. ; ni fausses membranes, ni perforation.

Étude histologique ; par le Dr Ch. Philippe.

Technique. — Après fixation par la solution de formol à 10 0/0, le lobe occipital a été divisé en plusieurs blocs par des sections vertico-transversales. Chacun de ces blocs fut mordancé par les sels de chrôme, inclus dans la celloïdine progressivement concentrée, puis débité en coupes minces avec le microtome à glissière. Les colorations employées furent : l'hématoxyline de Weigert-Pal-Kulschitky (gaines myéliniques des tubes nerveux), le picro-carmin ammoniacal de Ranvier et l'hématoxyline alunée (protoplasma et noyaux cellulaires, névroglie, tissu conjonctif et vaisseaux).

Ainsi, au niveau du lobe occipital tout entier, nous avons pu étudier l'écorce, le centre ovale de chaque circonvolution, le centre ovale proprement dit. Rappelons que le lobe occipital, a l'œil nu, présentait les mêmes nodosités scléreuses et les mêmes circonvolutions, légèrement atrophiées, que les autres lobes ; nous pouvons donc, avec toute vraisemblance, conclure des lésions du lobe occipital aux lésions de l'hémisphère tout entier.

Résultats. — Avant d'entrer dans la description histologique du processus rencontré chez Bl... nous voulons insister sur les faits suivants, mis aisément en lumière par l'examen comparatif de plusieurs coupes :

1° La lésion évolue par *foyers*, très irrégulièrement disséminés ; certains territoires apparaissent absolument sains et pour la substance grise de leur écorce et pour la substance blanche de leur centre ovale ; tout à côté d'eux se voient d'autres segments, modifiés plus ou moins profondément.

2° Elle prend également la substance blanche et la substance grise, ensemble ou séparément.

3° Elle n'a pas partout le même degré d'intensité ; dans certains foyers, les éléments nerveux ont totalement disparu ; dans d'autres, ils apparaissent en grand nombre, qu'il s'agisse des cellules ou des tubes myéliniques ; dans d'autres enfin, ils sont à peine modifiés.

Ce dernier caractère du processus pathologique va servir, tout naturellement, de guide à notre description ; ainsi, nous étudierons successivement le foyer maximum, le foyer moyen, le foyer initial.

Le *foyer maximum* correspond aux nodosités dures, saillantes et blanchâtres, relevées, dès l'examen macroscopique, sur le cerveau de Bl... Les altérations que nous y avons rencontrées sont identiques à celles décrites par Bourneville et Brissaud dans leur Mémoire fondamental de 1880 (1), relatant, pour la première fois avec un examen histologique complet, deux cas de sclérose hypertrophique tubéreuse. L'écorce et le centre ovale ne se distinguent plus ; tout est transformé en une masse névroglique compacte, colorée en rouge foncé par le picro-carmin aprés le mordançage par les sels de chrôme. Cette masse névroglique est constituée principalement par des fibrilles très-denses, fasciculées ou réticulées ; ces fibrilles, dans le voisinage des vaisseaux ou sous la piemère, prennent assez souvent le dispositif en tourbillons. Les éléments cellulaires, très-rares par rapport au développement excessif des fibrilles, sont représentées surtout par des noyaux, arrondis ou ovalaires, disséminés à travers les fascicules ou les réseaux névrogliques. Toutefois, on aperçoit encore, çà et là, quelques cellules-araignées, très grêles, à prolongements peu nombreux. — Que sont devenus les éléments nerveux ? Sur les coupes colorées par le picro-carmin ou par l'hématoxiline de Weigert-Pal, nous n'avons pu mettre en évidence des cellules nerveuses ou des tubes nerveux, au sein de la masse névroglique, si compacte, qu'elle en arrive à tout masquer ; mais il est fort possible que certains noyaux soient de nature nerveuse. Les vaisseaux ne paraissent pas augmenter sensiblement de nombre ; ils ont tous une lumière singulièrement étroite, rétrécie concentriquement, sans doute à la suite du développement exagéré, véritable hyperplasie de la névroglie ambiante. Cette hypothèse devient encore plus vraisemblable, si l'on réfléchit aux rapports intimes qui existent entre les éléments névrogliques (fibres et cellules), et les tuniques externes des vaisseaux des centres nerveux.

Ainsi, l'existence de ces foyers, constitués de la sorte, suffit à elle seule pour confirmer, *histologiquement*, le diagnostic de sclérose tubéreuse hypertrophique chez Bl... mais l'étude des autres foyers nous a paru particulièrement intéressante pour le début du processus et l'enchaînement des lésions.

Le foyer moyen peut s'étudier convenablement dans le centre ovale d'une circonvolution donnée. Comme le montre très nettement le procédé de Weigert-Pal, les gaines myéliniques des tubes nerveux ont beaucoup diminué de nombre : celles qui persistent sont petites et ne peuvent être suivies sur une grande étendue de leur trajet. A la place des tubes nerveux apparaît un réticulum névroglique peu dense et constitué par des fibrilles très-fines ; ces fibrilles s'entrecroisent de façon à former des mailles, plus ou moins larges, parfois remplies d'une masse granuleuse. Là, les éléments cellulaires névrogliques sont trés nombreux : noyaux volumineux, le plus souvent arrondis, à chromatine abondante, cellules-araignées de dimensions variables, à prolongements ramifiés et très longs. Les capillaires, qui se suivent aisément, sont bien développés et forment un réseau net, sans doute à cause de la raréfaction des tubes nerveux.

Il nous reste à préciser les caractères histologiques du *foyer initial*. Nous avons rencontré la lésion à son début partout, dans la substance grise, dans la substance blanche, même dans la région voisine de la corne occipitale du ventricule latéral ; toujours, nous l'avons vue se constituer d'une façon identique, suivant un type très spécial : nous insistons à dessein sur cette lésion initiale, nous réservant de revenir, avec le Dr Chaddock, sur la portée qu'elle peut avoir pour le mécanisme et la pathogénie de la sclérose tubéreuse hypertrophique. Ladite lésion, tout à son début, se présente, nous l'avons dit, en des points très variés de la substance blanche ou de la substance grise, mais toujours dans le voisinage d'un vaisseau, artériole ou capillaire ; elle est représentée par un amas de trois à quatre grosses cellules, qui enserrent plus ou moins le vaisseau, lui constituant une sorte de virole. Ces grosses cellules, de 40 à 60 μ, ont un protoplasma très abondant, fortement coloré en rouge par le picro-carmin, dépourvu de pigment ou d'éléments granulés quelconques, au moins sur les coupes ainsi traitées. Le noyau, volumineux, occupe le centre ou la périphérie de la cellule, même, sans doute à cause des hasards de la coupe, il apparaît parfois comme hernié, prêt à faire saillie en dehors de la masse protoplasmique ; enfin, des prolongements, peu nombreux, mais gros, se voient sortant de la cellule. En un mot, les caractéres de ces cellules, leur morphologie générale, leur situation périvasculaire, tout nous porte à croire qu'il s'agit là de cellules-araignées volumineuses, en voie d'hypergenèse. Plus tard, à un stade un peu plus avancé, les amas périvasculaires arrivent à se toucher les uns les autres parce que les mêmes cellules géantes se développent dans les espaces laissés libres au début de la lésion. Bientôt, à côté de l'hypergenèse des cellules névrogliques, prend place l'hypergenèse des fibrilles névrogliques, et tout le processus pathologique se déroule. Nous espérons, prochainement, revenir sur les principaux stades évolutifs de la sclérose tubéreuse hypertrophique, en rapprochant de ce cas plusieurs autres empruntés à la belle collection de M. Bourneville.

(1) *Archives de neurologie*, t. I. p. 390.

Voici le *Tableau* des cas de *sclérose tubéreuse* qui nous sont personnels.

NOMS.	AGE.	SEXE.	DIAGNOSTIC.	NATURE DES CRISES.	MÉNINGO-ENCÉPHALITE.	BIBLIOGRAPHIE.	CAUSES DE LA MORT.
Pit.........	15 ans.	F.	Idiotie, épilepsie hémiplégique.	Accès et vertiges.	Pas de méningo-encéphalite.	*Archives de Neurologie*. t. I, 1880-1881, p. 81.	Série d'accès, pneumonie.
Bour.......	5 ans.	G.	Idiotie, épilepsie maladie bleue.	Id.	Id.	*Comp.-rendu.* et *Progrès Médical*, 1880-1881. nº 9, p. 1. *Archives de Neurologie* t. 1. 1880-1881, p. 387.	Maladie bleue, pneumonie.
Mar........	4 ans.	G.	Idiotie, épilepsie.	Id.	Id.	*Progrès Médical*. 1881 p. 667. *Société anatomique*, 1881, p. 180.	Rougeole, broncho-pneumonie.
Caill........	21 ans.	G.	Idiotie, épilepsie procursive.	Accès.	Id.	*Thèse Thibal*, 1880, p. 57.	Pleurésie enkystée.
Boull.......	5 ans 1/2.	G.	Idiotie, épilepsie.	Id.	Id.	*Progrès Médical*, 1881, p. 100 et 540. *Société anatomique*. a. 1881.	État de mal.
Lauti.......	6 ans.	F.	Idiotie.	Ni accès, ni vertiges.	Méningo-encéphalite.	*Compte-rendu*, de 1895. p. 98.	Tuberculose, pulmonaire, cachexie.
Blanch.....	3 ans.	F.	Idiotie, épilepsie.	Pas d'accès, Vertiges.	Méningo-encéphalite.	Voir plus haut.	Entérite.
Bertra......	16 ans.	F.	Imbécillité, épilepsie.	Accès et vertiges.	Id.	Inédite.	État de mal.
Pier	9 ans 1/2.	G.	Idiotie, épilepsie.	Id.	Id.	Inédite.	Tuberculose généralisée.
Grosma.....	14 ans.	G.	Idiotie, épilepsie, paraplégie.	Accès.	Id.	Inédite.	Cachexie et tuberculose.

Réflexions.

I. *L'hérédité* est peu chargée, au moins d'après ce que nous savons sur la famille. Du côté paternel, nous relevons : quelques *excès de boisson* du père, une *congestion cérébrale* chez l'une des arrière-grand'mères paternelles, un peu de *paralysie* chez l'autre. — Du côté maternel, des *névralgies* dentaires (?), des *céphalalgies*, des *migraines*, en somme, peu de chose.

II. Tout semble indiquer que l'enfant a été *normale*

jusqu'au-delà de six mois. A dix mois, elle ne l'était plus. Entre ces deux époques sont survenues des *convulsions* sur les caractères desquelles les renseignements font absolument défaut et qui ont déterminé l'*idiotie complète* : regard fixe, attention, préhension, parole nulles, convulsions répétées, accès de cris, grincements de dents, surdité apparente, pâleur intermittente de la face, balancement du tronc, etc.

III. Durant son séjour à la Fondation, en dépit des mauvaises conditions qu'offrait l'enfant, nous avons obtenu une amélioration relative portant sur l'attention, le caractère, l'affectivité et la marche.

IV. La *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse*, qui a eu pour conséquence une *idiotie profonde*, doit être rattachée aux convulsions que l'enfant a éprouvées de six à dix mois.

V. La *méningo-encéphalite* concomitante s'est-elle produite en même temps que la sclérose tubéreuse ou ultérieurement, nous ne saurions nous prononcer sur ce point intéressant, ni expliquer le lien qui peut unir ces deux lésions. Cette complication ne fait que rendre plus difficile la description clinique de l'idiotie symptomatique de la sclérose tubéreuse. Les accès de colère et de cris, les changements de coloration de la face, les grincements de dents, etc., nous paraissent des symptômes sous la dépendance de la *méningo-encéphalite*.

VI. Le tableau qui précède montre que l'idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse se complique souvent, au point de vue *clinique, d'épilepsie*, neuf fois sur dix ; que l'épilepsie se manifeste sept fois sur neuf par des *accès* et des *vertiges*, une fois par des *accès*, une fois par des *vertiges*. Sous le rapport *anatomo-pathologique*, nous voyons, dans le même tableau, qu'à la *sclérose tubéreuse* s'ajoute, cinq fois sur dix, la *méningo-encéphalite*.

Distinctions honorifiques.— M. le Dr Aigre, maire de Boulogne-sur-Mer, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. Nous adressons à notre ami et ancien collaborateur nos sincères félicitations. — M. Cacarrié, docteur en Médecine maire de Saint-Priest-la-Roche (Loire), a été nommé chevalier du Mérite agricole.

Service de Santé de la Marine. — MM. les docteurs en Médecine Glaive et Glaize ont été nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve. — M. Roux, médecin de 1re classe, du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer, le 16 octobre courant, sur le *Latouche-Tréville*, en remplacement de M. le Dr Clavel, qui terminera, à cette date, deux années de service à la mer et qui sera affecté à Rochefort. — M. Badet, médecin de 1re classe du cadre de Toulon, et Moulinier, médecin de 2e classe du cadre de Rochefort, sont désignés pour remplacer, le premier M. le Dr Hutre au régiment de tirailleurs annamites, en Cochinchine, le second M. le Dr Hervé, au 2e régiment de tirailleurs tonkinois au Tonkin, qui terminent en décembre prochain deux années de séjour aux colonies. — M. le Dr Ourse, médecin de 1re classe à Toulon sera distrait de la liste d'embarquement pendant six mois. Durant ce laps de temps, M. le Dr Ourse ne pourra être affecté qu'au service général du port. — M. le médecin de 2e classe Bartet, du port de Rochefort, est autorisé à prendre part au concours qui s'ouvrira à Toulon le 6 octobre prochain, pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'Ecole annexe de Médecine navale de Toulon.

Centenaire de Priessnitz. — Dans la petite ville de Grœfenberg, en Silésie autrichienne, fameuse par son établissement hydrothérapipue, qui, fondé en 1832, est le plus ancien d'Europe, on célèbre aujourd'hui le centenaire de la naissance de Vincent Priessnitz. Le premier, sans connaissances médicales aucune, ce simple paysan imagina les méthodes hydrothérapiques actuellement adoptées partout.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'hypertrophie splénique au cours des hépatites.

L'hypertrophie de la rate au cours des hépatites est presque de règle ; on la rencontre aussi bien dans les cirrhoses veineuses que dans les cirrhoses biliaires, aussi bien dans le cancer, la syphilis ou la tuberculose du foie que dans les ictères infectieux et dans l'ictère grave. Diverses explications en ont été données ; la première en date assigne un rôle important à la congestion splénique, consécutive à l'obstacle qu'apporte la sclérose portale à la circulation du sang dans la veine porte, et par suite dans la veine splénique ; mais cette stase veineuse est exceptionnelle, comme le démontrent la clinique et les constatations anatomiques.

Tout récemment, M. Chauffard émettait l'ingénieuse hypothèse suivante. Dans beaucoup d'hépatites, accompagnées de splénomégalie, ce n'est pas l'hépatite qui ouvre la scène, mais bien la splénite. En diverses circonstances la rate emmagasine des produits toxiques ou infectieux, qui, déversés dans le foie par la veine splénique, produisent les nombreuses dégénérescences de la glande biliaire. Dans la fièvre typhoïde, l'infection palustre, ne voit-on pas le parasite s'accumuler tout d'abord dans la rate, causer son hypertrophie, et secondairement gagner le foie par l'intermédiaire de la veine splénique ? Il s'agit bien ici d'hépatites d'origine splénique. Peut-être ce processus s'applique-t-il à bon nombre de cas, catalogués jusqu'ici sous différentes étiquettes. Pareille interprétation, si elle ne s'applique pas à tous les cas, semble se vérifier fréquemment en clinique. Nous en avons pu observer, dans le service de M. le Dr Oulmont, un exemple démonstratif. Chez une jeune femme de 26 ans, atteinte d'une infection bénigne à staphylocoques dorés la rate acquit en quelques jours de grande dimensions, débordant les fausses côtes de 2 à 3 travers de doigt. A la fin du premier septenaire, le foie, resté indemne jusqu'à ce moment, augmenta rapidement de volume, jusqu'à dépasser de 4 travers de doigt le rebord costal. L'infection s'atténuant, la rate, *puis le foie*, revinrent à leurs proportions normales. Cette hypertrophie initiale de la rate, suivie de celle du foie, cette régression d'abord de la rate, puis du foie, ne montrent-elles pas, comme une véritable expérience de laboratoire, le rôle capital joué par la rate dans l'hépatomégalie ? Enfin M. Charrin croit que dans beaucoup d'hépatites, la splénomégalie est par contre secondaire : la rate s'hypertrophie afin de suppléer le foie dans ses fonctions antitoxiques. Cette explication renferme peut-être une grande part de vérité ; car la suppléance ne s'exerce pas entre la rate et le foie seulement pour la fonction antitoxique, comme l'a indiqué M. Charrin, mais aussi pour une foule d'autres phénomènes organiques.

C'est ainsi que le foie et la rate concourent à détruire une grade partie des vieux globules rouges, devenus impropres aux échanges nutritifs. La présence d'une grande quantité de fer dans le parenchyme hépatique, la formation de la bilirubine aux dépens de l'hémoglobine le démontrent suffisamment pour le foie. Pour la

rate, c'est l'accumulation du fer dans ses mailles, la formation de pigment ocre, la destruction des hématies par les grandes cellules de Kölliker, la teneur moins grande en globules rouges de la veine splénique par rapport à l'artère splénique, etc., qui démontrent son rôle hématolytique. Le foie et la rate détruisent également les bactéries en circulation; les expériences de Wyssokowitsch, Hess, Metchnikoff, Werigo, le prouvent pour le foie; celles de Bardach, Soudakewitch, Bezançon, pour la rate.

A côté de ces fonctions communes indiscutables, il en existe d'autres, moins nettes il est vrai, mais admises par beaucoup d'auteurs; c'est l'hématopoïèse par exemple, évidente dans le foie et la rate, durant la vie fœtale, probable chez l'adulte; c'est encore la fonction uréopoïétique. Meissner, de Cyon, Murchison, Brouardel, ont montré le rôle considérable du foie dans la production de l'urée; Gscheidlen, Horbaczenski, celui de la rate.

Normalement, ces diverses fonctions semblent ébauchées par la rate, et parachevées par le foie; mais à l'état pathologique, au cours des hépatites, l'activité physiologique du foie diminue, celle de la rate croit, peut-être dans de grandes proportions. Et la rate, afin de pouvoir remplir la tâche nouvelle qui lui incombe, s'hypertrophie, tout comme le cœur, lorsque l'asthénie vasculaire et les troubles respiratoires ou autres rendent sa tâche plus difficile.

D'ailleurs des exemples semblables ne manquent pas en pathologie générale. On connait le rôle vicariant du rein à l'égard du foie, celui des glandes intestinales ou sudoripares à l'égard du rein, des ganglions à l'égard de la rate, etc. Il n'existe pas de spécificité fonctionnelle absolue pour chaque organe. Si tel phénomène se produit de préférence dans une glande, il n'en est pas moins vrai qu'il se retrouve plus ou moins ébauché dans d'autres viscères; ainsi le glycogène se produit surtout dans le foie; ne le rencontre-t-on pas aussi dans d'autres organes, les muscles en particulier? L'hypothèse de la suppléance fonctionnelle de la rate se trouve donc confirmée par les données de la physiologie et de la pathologie générale. F. RAMOND.

Laïcisation des hôpitaux : Conduite scandaleuse d'un aumônier et d'une religieuse à l'hôpital d'Evreux.

A la dernière séance de septembre du Conseil municipal d'Evreux, un conseiller municipal, M. Hachette, signala un fait scandaleux qui s'était produit récemment à l'hôpital. Voici, d'après le *Rappel de l'Eure* du 4 octobre, hostile à l'honorable conseiller, comment les faits se seraient passés.

« De l'enquête que nous avons faite nous-même avant celle que se propose de faire M. le maire d'Evreux, voici exactement comment les faits se sont passés. Le père Girault était entré à l'hospice pour un cancer à la gorge; l'opération étant à peu près impossible, il avait été convenu entre les chirurgiens qui le soignaient que l'on attendrait que la maladie s'aggravât pour faire une opération qui permît de le nourrir artificiellement. Sur ces entrefaites survint l'aumônier qui dit au père Girault: « Vous savez, mon bonhomme, il faut vous préparer à remplir vos devoirs religieux et à faire vos Pâques. » Le malade qui n'entendait pas de cette oreille-là répondit à l'aumônier qu'il était entré à l'hospice pour se faire soigner la gorge et pas du tout pour aller à confesse et qu'il le priait bien de lui f... la paix. C'est quelques instants après que la sœur est arrivée, reprochant à M. Girault d'avoir mal reçu l'aumônier et lui disant : « Vous savez, si c'est ainsi que vous recevez l'aumônier, *on ne vous opérera pas.* » Voilà l'exacte vérité telle que nous la tenons de l'un des chirurgiens qui soignaient le père Girault.

« Dans ces circonstances, M. Hachette a eu raison de protester, son seul tort a été de ne pas le faire clairement. Il reste donc à la commission administrative de l'hospice à adresser un blâme formel à la sœur hospitalière qui doit ses soins et tous ses soins aussi bien au juif malade qu'au catholique malade, aussi bien au protestant qu'au libre-penseur, et qui n'a pas à peser sur leur conscience. »

Les faits de ce genre sont journaliers. La plupart sont ignorés du public, grâce à la pression exercée par les coupables et grâce à la faiblesse des membres des commissions administratives, dont une partie des membres sont choisis par les préfets, non pas parmi les républicains mais parmi les réactionnaires.

Le blâme proposé contre la religieuse — on ne parle pas d'adresser un blâme à l'aumônier — est une plaisanterie. Il n'effleurera même pas son épiderme. Elle a agi suivant sa conscience de religieuse, les statuts de son ordre, en voulant arracher l'âme du « père Girault » à l'enfer. Ce blâme administratif sera compensé par les éloges de sa supérieure et de son directeur religieux. Si vraiment la municipalité d'Evreux, son maire en tête, M. Ferray, et le Conseil municipal veulent sérieusement mettre fin à une violation aussi criante de la liberté de conscience, ils doivent supprimer l'aumônier, faire appel au vicaire de la paroisse en cas de besoin, *sur le désir formel des malades*, et remplacer les religieuses intolérantes et le plus souvent ignorantes, par des *infirmières laïques*, instruites au point de vue professionnel, obéissantes aux ordres de l'Administration, et respectueuses des volontés des malades. B.

Epilepsie, craniectomie, insuccès.

Nous avons eu l'occasion de voir il y a quelques jours, à notre consultation de Bicêtre, un enfant de 13 ans, Du... (Henri), dont voici le sommaire de l'observation.

Son père, étant soldat en Afrique, a fait des *excès de boisson*, a eu les *fièvres intermittentes* et contracté la *syphilis*. Il est mort *paralytique général*. La *mère*, très nerveuse, a reçu la *syphilis* de son mari. — Trois *enfants* : 1° le malade; 2° une fille morte de *méningite*; 3° une fausse couche.

La conception, la grossesse, l'accouchement (à terme), n'auraient rien offert de particulier.

A la naissance, on a noté de l'*asphyxie* à un degré prononcé. *Convulsions* a un an, pendant trois heures, avec rigidité persistante, puis à 9 ans. A partir de là, accès toutes les trois semaines, ou tous les mois. — *Craniectomie* à 10 ans du côté gauche par Péan (janvier 1895). Cicatrisation complète au bout de onze jours. La craniectomie a porté sur tout le pariétal et sur le frontal jusqu'à la naissance des cheveux (1½ cent., 5). Il existe encore une sorte de gouttière occupant le centre du pariétal, mesurant environ 6 cm. de longueur et 3 cm. de largeur. Les battements sont toujours perceptibles à cet endroit.

Après l'opération, l'enfant est demeuré deux mois sans avoir de crise; puis, elles sont revenues, comme auparavant, toutes les trois ou quatre semaines avec les mêmes caractères, c'est-à-dire sans prédominance des convulsions d'un côté plutôt que de l'autre. Il en est encore de même

aujourd'hui. L'opération n'a produit aucune amélioration de l'état intellectuel. D'où il suit qu'elle a été complètement inutile. BOURNEVILLE.

Congrès du mois d'octobre.

Congrès de l'Association française de Chirurgie.

Nous rappelons à nos lecteurs que le Congrès de Chirurgie s'ouvrira le 16 octobre dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

Congrès de l'Association française d'Urologie.

La quatrième session de l'Association française d'Urologie aura lieu du 19 au 21 octobre, sous la présidence de M. le Pr Guyon, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine. La question mise à l'ordre du jour est : *Des hématuries dites essentielles.* Elle donnera lieu à un rapport dû à notre distingué collaborateur, M. Malherbe (de Nantes), vice président du Congrès, et de M. Legueu (de Paris). La séance du 20 octobre matin, sera consacrée aux communications sur l'*urètre* et la *prostate*; celle du soir à la *vessie* et aux *généralités*. Le Congrès se terminera le 22 octobre par une visite à l'hôpital Necker et l'Assemblée générale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 octobre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. le Pr BOUCHARD.

Bacille de la dysenterie.

M. ROGER.—Ayant eu l'occasion d'observer 7 cas de dysenterie nostras, j'ai pu isoler des déjections un bacille pathogène. Pour l'obtenir, il suffit de semer le mucus intestinal dans du bouillon et le lendemain d'injecter 10 gouttes de la culture impure ainsi obtenue dans les veines d'un lapin. L'animal succombe en moins de 24 heures. Le sang et les organes renferment une quantité prodigieuse de bacilles tellement gros qu'au premier abord on pourrait croire à une infection charbonneuse. Cependant, ils se distinguent du bacille du charbon en ce qu'ils sont plus courts, se terminent par des extrémités arrondies et sont parfois étranglés au milieu ; ils sont d'ailleurs mobiles et ne se colorent pas par la méthode de Gram.

Ces bacilles se développent facilement sur tous les milieux employés en bactériologie, mais dans les cultures artificielles ils sont beaucoup plus minces que dans le corps des animaux. Quand ils poussent sur les végétaux, ils sont de forme ovalaire et simulent de gros microcoques.

Parmi les caractères des cultures, je signalerai les particularités suivantes : dans le bouillon, pullulation rapide, production de flocons de mucine, odeur fétide. Dans le bouillon glycosé, pas d'odeur. Sur gélose, enduit épais, crémeux, fétide. Dans la gélose ou la gélatine préparée par les cultures anaérobies, developpement de nombreuses bulles de gaz. Le microbe liquéfie rapidement la gélatine et coagule le lait en lui donnant une réaction acide; il fait verdir les tranches d'artichaut.

Injectées dans les veines du lapin, les cultures pures de ce bacille déterminent la mort plus ou moins vite suivant la virulence ou la dose. Dans les cas aigus, l'animal succombe en 24 heures : on trouve déjà de la diarrhée sanguinolente, qu'explique l'existence de nombreuses ecchymoses occupant le gros intestin.

Quand la survie est plus longue, les lésions sont parfois plus intéressantes. Dans un cas, par exemple, le côlon descendant était couvert d'ulcérations profondes, à bords déchiquetés ayant amené un épaississement des parois et la production de fausses membranes péritonéales, s'étant comportées en un mot comme de vraies ulcérations dysentériques.

Ainsi même injecté dans les veines, ce bacille tend à se localiser dans le gros intestin. En m'appuyant sur ce résultat, sur la présence des microbes dans les 7 cas de dysenterie nostras que j'ai examinés, sur son absence dans les cas de diarrhée cholériforme, je crois qu'on peut considérer ce bacille comme la cause des accidents observés chez les malades. Il faudrait déterminer maintenant quelles relations existent entre l'hérédité dysentériforme de nos pays et la dysenterie vraie, et rechercher si le même bacille se rencontre dans les deux cas. Tel est le nouveau problème qui me semble se poser à la suite de ces recherches préliminaires.

M. H. JULIA DE ROIG (de Marseille) critique le procédé de Léo à *propos du chimisme gastrique.* Ce procédé consiste, pour la détermination de l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac, à neutraliser, par le carbonate de chaux sec et pulvérisé, tout liquide dont l'acide est libre, alors qu'il ne modifie pas ceux où l'acide est engagé dans une combinaison (phosphate acide de potasse ou de soude).

Les résultats obtenus par J. de Roig ne sont pas réguliers et rarement conformes à la vérité, aussi conclut-il que: 1° le principe même de la méthode de Léo n'est pas exact. 2° les expériences sont d'autant plus entachées d'erreur que la manipulation est plus longue, car les phosphates acides sont successivement saturés par le carbonate de chaux.

M. CH. NICOLLE (de Rouen) a déjà fait des expériences d'*inoculation du chancre mou* chez le singe sans résultat. Il a repris ses expériences sur trois espèces de quadrumanes, et a obtenu des résultats positifs sur une des espèces; le chancre mou est donc inoculable au moins à cette espèce de singes, et une espèce voisine y est sensible quoiqu'à un degré moindre. C'est donc ici la détermination de l'espèce qui importe dans ces recherches.

M. LONG a constaté, à l'autopsie d'une ancienne syphilitique morte de pneumonie au cours d'une affection nerveuse chronique (hémiplégie incomplète, paralysie totale du membre inférieur, et troubles moteurs moins anciens du membre supérieur), les lésions suivantes : la moelle est grêle dans toute sa hauteur, et présente des plaques de sclérose rappelant à l'œil nu et au microscope la sclérose en plaques, et siégeant au niveau de la cinquième vertèbre cervicale. A la région dorsale, la sclérose était diffuse, rappelant les lésions syphilitiques. Il pourrait dans ce cas s'agir d'une sclérose en plaques trouvant son étiologie dans la syphilis.

M. NICOLAS (de Lyon) a nourri des poissons de crachats tuberculeux. Au bout de six mois, des carpes ainsi nourries ne présentaient aucune lésion tuberculeuse, et étaient indemnes de bacilles pathogènes. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 octobre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

Leucokératose du gland et épithélioma.

M. LE DENTU présente une intéressante observation de MM. AUCHER et BINAUD (de Bordeaux). L'ablation de la plaque leucoplasique du gland et de l'épithélioma du prépuce fut fait dans la même séance. Ce dernier a eu probablement pour origine une leucoplasie locale. M. Le Dentu a vu cette transformation à la langue. C'est le troisième cas de ce genre, les deux autres ayant été signalés par M. Perrin (de Marseille).

M. Le Dentu a observé, lui aussi, un cas de leucokératose du gland, mais temporaire. Dans ce quatrième cas l'état corné avait été précédé et déterminé par une poussée de balano-posthite; le malade était atteint, depuis plus de huit ans, d'un épithélioma leucoplasique de la langue, opéré au début de l'affection, et l'affection était en pleine récidive.

De la fièvre hémoglobinurique et de son traitement.

M. MOUSSÉOS (de Macri, Asie-Mineure), a réuni en dix

ans 60 observations de fièvre bilieuse hémoglobinurique. Il admet qu'elle relève du paludisme; la quinine peut, d'après lui, provoquer une hémoglobinurie transitoire, mais non la fièvre bilieuse La perniciosité ne dépend pas d'ailleurs de la nature de l'hématozoaire. Elle dépend de la résistance individuelle et de l'affaiblissement organique.

Contre la fièvre bilieuse hémoglobinurique, M. Moussséos a obtenu de bons effets du bleu de méthylène. Il l'emploie à l'intérieur et en injections sous-cutanées. La dose varie de 0 gr. 50 centig. à 1 gramme par jour.

Le procédé de Laborde.

M. Laborde rapporte un nouveau succès par les tractions rythmées. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'il s'agissait d'une asphyxie toxique, due au gaz d'éclairage.

A.-F Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 octobre 1899. — Présidence de M. Pozzi.

Traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale.

M. Schwartz rappelle les insuccès qu'il a pu constater dans 25 cas, à la suite de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus (récidive très rapide). Il ne fait maintenant au cas échéant que l'hystérectomie abdominale totale. Dans cette opération M. Schwartz ajoute une grande importance à l'évidement, à la désinfection et à la cautérisation du col. Sur six cas qu'il a opérés, deux sont trop récents pour en tirer conclusion, dans deux autres cas, le cancer trop étendu n'a permis que des opérations incomplètes qui ont été suivies d'une survie de quelques mois, enfin deux autres malades opérés depuis plus d'un an n'ont pas encore de récidive.

Du procédé de Villar dans la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus et de ses résultats éloignés.

M. Monod lit un rapport sur un mémoire à ce sujet de M. J. Vanverts (de Lille). Il approuve l'application du procédé de suture de Villar à la cure des hernies. Ce procédé consiste à suturer en même temps d'un seul coup la peau, les aponévroses et les muscles. On évite ainsi de laisser des fils perdus et dans l'opération de la hernie les fils de catgut mis sur l'épiploon et qui servent à la ligature du sac sont seuls abandonnés. M. Vanverts a appliqué vingt fois avec succès ce procédé. Il a suivi longtemps onze de ces malades et aucun inconvénient éloigné n'a été constaté.

Etranglement interne pendant l'accouchement.

M. Morestin a opéré avec succès une malade qui pendant un accouchement avait eu une anse intestinale étranglée dans un orifice du mésentère, anse qui avait en outre été étranglée par torsion.

N.

Séance du 11 octobre. — Présidence de M. Pozzi.

Suite de la discussion sur l'hystérectomie dans le cancer utérin.

M. Routier emploie couramment l'hystérectomie vaginale, lorsque le néoplasme est limité, que l'utérus est mobile et s'abaisse facilement, dans les cas où cette opération n'est point possible, par suite de la diffusion du cancer, il a recours d'habitude aux moyens palliatifs, tels que le grattage. Dans trois cas seulement il s'est laissé entraîner à faire l'hystérectomie abdominale, ces cas étant trop mauvais pour que la voie vaginale fût indiquée. Les trois opérations furent d'ailleurs suivies d'insuccès. M. Routier persiste donc à considérer comme étant l'opération de choix dans la plupart des cas, l'hystérectomie vaginale, qui lui a donné d'excellents résultats.

M. Richelot, sans rejeter d'une façon absolue la voie abdominale, qui, par les progrès de la chirurgie, est appelée à se propager de plus en plus, reste encore un partisan convaincu de la voie vaginale. Dans cette dernière, en effet, la mortalité est presque insignifiante, et la survie est, dans quelques cas, considérable. Ainsi, M. Richelot lui-même, a une opérée qui, depuis 12 ans, est restée sans récidive, d'autres n'ont manifesté aucun symptôme depuis 12 ans, 7 ans, 8 ans. Sur 95 opérations, M. Richelot a eu seulement 6 morts. La voie abdominale, au contraire, est infiniment plus grave et ne doit être employée que dans des néoplasmes légèrement diffus.

M. Nimier présente un malade atteint d'un volumineux ostéome du brachial antérieur, consécutif à une luxation du coude.

M. Morestin présente un malade qu'il a opéré pour une plaie pénétrante de l'abdomen, ayant blessé les veines du cordon, l'artère appendiculaire et perforé le cæcum. Deux mois après l'opération, la guérison fut complète.

M. Albarran présente une observation de néphrectomie pour tuberculose, le malade ne présentait que des phénomènes de cystite, alors que l'urétéroscopie démontra la présence de pus dans l'urine venue du rein gauche.

Schwartz.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 10 octobre 1899. — Présidence de M. le Pr Lannelongue.

Le Président fait l'éloge de Jules Simon qui contribua pour une si large part aux progrès de la pathologie infantile.

M. Sevestre lit son rapport sur la communication de M. Deschamps, au sujet des *érythèmes prémorbilleux*. Ce sont des accidents surajoutés à l'égard desquels la rougeole joue le rôle de cause occasionnelle.

M. Guinon fait une communication sur *un cas de tétanie à forme pseudo-tétanique*. Il y a tous les degrés dans la tétanie depuis le simple laryngospasme jusqu'aux formes généralisées avec trismus et opisthotonos. Dans ce dernier cas il n'y a pas de fièvre et l'intégrité intellectuelle est conservée.

M. Bergé présente une observation d'*angine érosive post-scarlatineuse tardive*. L'érosion amygdalienne unique, d'une coloration gris-jaunâtre, débuta 54 jours après la scarlatine et dura un mois. Quinze jours après son apparition, l'enfant avait une néphrite aiguë avec fièvre, hématurie, albuminurie, bouffissure de la face.

M. Bezançon présente un enfant atteint d'*un vice de développement des membres supérieurs* caractérisé par l'absence de certains muscles (biceps, sus et sous-épineux) et la transformation fibreuse de certains autres. Il s'ensuit une impotence fonctionnelle et une attitude spéciale du membre en extension et en pronation. — M. Kirmisson, rapporteur.

M. Gaston présente des *coupes congelées* qui démontrent le rôle du coryza dans la mortalité des nouveau-nés syphilitiques. Le coryza entraîne des troubles mécaniques graves; il rend l'alimentation du nouveau-né difficile et constitue un obstacle à la respiration. Le danger réside bien moins dans la spécificité du coryza que dans la localisation de la lésion. D'où la nécessité du traitement local par des lavages convenablement faits ou des insufflations avec la trompe de Politzer. — M. Comby, rapporteur.

MM. Guinon et Le Guellaud présentent un enfant qu'ils pensent atteint de *maladie de Bartow*. Les gencives sont fongueuses, le sternum est luxé en arrière. Il y a eu de l'œdème des jambes. Toutefois il n'y a eu ni hématomes sous-périostés, ni hémorragies cutanées. L'enfant a été alimenté avec du lait maternisé.

M. Variot fait quelques réserves sur le diagnostic. Ce cas paraît plutôt se rattacher au rachitisme. Dans le cas de M. Netter, le malade avait pris également du lait maternisé.

M. Hutinel a vu en 1885 un très beau cas de maladie de Barlow. L'enfant prenait du lait stérilisé et de la farine lactée.

M. Méry demande s'il faut incriminer le lait stérilisé par la méthode Soxhlet ou le lait stérilisé industriellement.

M. Guinon pense que le lait stérilisé avec la méthode Soxhlet est hors de cause.

M. Variot ajoute qu'à son dispensaire il voit chaque semaine 150 enfants nourris au lait stérilisé industriellement. Aucun d'eux n'a présenté les signes de la maladie de Barlow.

M. Morestin présente *deux calculs vésicaux* extraits chez un enfant par la taille hypogastrique.

CORRESPONDANCE

Les Journaux médicaux amis de la France.

Nous recevons de Québec la lettre suivante :

Québec, septembre 1899.

Monsieur,

Nous avons l'honneur de vous adresser, par la même malle, le numéro prospectus du *Bulletin médical de Québec*, seule publication médicale de la plus ancienne et de la plus française des villes de ce continent. Nous étant imposé le devoir de diffuser, tout particulièrement, la science médicale française en ce pays, nous croyons pouvoir compter sur l'encouragement et le concours des lumières de la Mère-Patrie. C'est vous dire de quel prix sera pour nous un échange libéral et généreux de votre part, avec notre humble revue.

Nous sommes, avec considération, Monsieur le Rédacteur, Vos tout dévoués serviteurs. Drs PAQUIN et FAUCHER.

A propos de cette lettre où MM. les Drs Paquin et Faucher parlent un peu trop modestement de leur « humble revue », dont le numéro 1 forme une importante brochure de 56 pages et où nous trouvons d'intéressants travaux originaux, nous ferons remarquer que le *Progrès Médical* n'a jamais négligé de constater et d'encourager les efforts des journaux médicaux qui affirment leur sympathie pour notre pays et notre langue. Dans notre numéro du 9 septembre, page 174, sous le titre de : *Sentiments francophiles au Canada*, nous avons reproduit un article de la *Clinique* de Montréal, très flatteur pour notre pays, au sujet de la réunion de la *Canadian medical Association*.

Nous ne négligeons jamais de citer et de publier à l'occasion les articles français de nos confrères étrangers qui se servent de notre langue : de la *Grèce médicale* par exemple, dirigée par le distingué Dr Foustanos ; du *Janus*, de M. le Dr Peypers ; des publications suédoises, norwégiennes et finlandaises qui analysent en français dans leurs dernières pages les travaux publiés dans la langue du pays au cours du journal. En signalant ces faits nous ne croyons pas rendre une politesse, mais remplir simplement un devoir de vrai et utile patriotisme. J. NOIR.

BIBLIOGRAPHIE

Sur des strictures profondes de l'œsophage après emploi de caustiques; par BORCHGREVINE (O.).

L'auteur rend compte des indications de la gastrotomie par cautérisation de la partie cardiale de l'œsophage : la gastrotomie par caustiques violents doit être pratiquée de bonne heure pour épargner à l'œsophage lésé l'irritation par les aliments, et cependant permettre une alimentation suffisante.

En second lieu, il convient d'y procéder lorsque, par le traitement à la sonde, il se produit des abcès œsophagiens ou péri-œsophagiens au voisinage de la stricture, afin de pouvoir, pendant l'ingestion des aliments par la fistule stomacale, donner à l'inflammation de l'œsophage le temps de se guérir, avant la reprise de la dilatation, soit *per os*, soit par voie rétrograde.

La gastrotomie est absolument indiquée lorsque l'œsophage est devenu inaccessible par en haut. Dans ce cas, la dilatation subséquente devra avoir lieu par voie rétrograde : alors qu'elle est impossible par le haut, elle s'exécute le plus souvent sans difficulté par cette voie.

La dilatation rétrograde doit se faire en posant d'abord un fil conducteur. On le met en place en le fixant à la pointe d'une bougie introduite par le bas, la bougie étant conduite à travers le cardia par le doigt de l'opérateur introduit, à cet effet, par l'ouverture gastrotomique.

Pour que cela puisse se faire, il faut que la gastrotomie ait lieu le plus haut possible dans l'épigastre, et de préférence dans l'angle formé par le *processus ensiformis* et le bord gauche des côtes.

Chez des patients à thorax profond, on ne peut toutefois pas atteindre le cardia avec le doigt. On apprécie la distance séparant le cardia du *processus ensiformis* en mesurant la distance de l'épigastre à la pointe du *processus spinalis* de la neuvième ou dixième vertèbre pectorale, et en retranchant le diamètre antéro-postérieur de la colonne vertébrale. Par ses mensurations, l'auteur a trouvé que cette distance est, chez les femmes, de 7 à 8 centimètres ; chez les hommes, d'environ 9 centimètres. Si l'on trouve que le cardia est à plus de 11 à 12 centimètres du *processus ensiformis*, il convient de pratiquer la gastrotomie un peu plus bas et à proximité du bord gauche des côtés. Il est alors aisé d'introduire la bougie dans le cardia avec une sonde rigide tronquée, que l'on dirige vers l'emplacement présumé du cardia.

L'auteur recommande comme dilatateur pratique, s'élargissant après avoir été introduit dans l'étranglement, deux drains enfilés l'un dans l'autre et à l'intérieur desquels est enroulé d'une façon lâche un fil, dont la partie contenue dans les drains a à peu près deux fois la longueur de ceux-ci. Les deux extrémités des drains sont serrées par des ligatures, en même temps qu'on fixe le fil en l'arrêtant par un nœud à chaque bout du dilatateur. En tirant sur le fil, on allonge et on amincit le dilatateur formé par les deux drains ; après l'avoir introduit dans la stricture, on relâche le fil et les drains tendent à se dilater et à reprendre leur diamètre primitif. A mesure que la sténose s'élargit, on a recours à des dilatateurs de plus en plus gros.

L'auteur communique quatre cas traités par lui et tous suivis de guérison : l'un d'eux fournit la preuve de la patience dont il faut s'armer, lorsqu'il y a inflammation péri-œsophagienne.

L'auteur insiste sur ce fait que la circonscription et la persévérance sont, en pareil cas, comme dans d'autres, le plus souvent couronnées de succès. (*Norsk mag. for Lœger*, sept. 1899, p. 1203.)

ASSISTANCE PUBLIQUE

Réglementation nouvelle du concours pour la nomination aux places de médecin des hôpitaux.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, vu la loi du 10 janvier 1849, art. 1 et 5, § 10, et celle du 7 août 1851, art. 8, *in fine* ; vu l'avis conforme émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 13 juillet 1899 relativement à une réglementation nouvelle du concours pour les nominations aux places de médecin des hôpitaux ; arrête :

Article Ier. — Sont extraites du règlement général sur le service de santé des hôpitaux et hospices et revisées ainsi qu'il est dit ci-après les diverses dispositions contenues dans ce règlement relativement aux concours pour la nomination aux places de médecin des hôpitaux, savoir :

I. — *Conditions d'admission et inscription des candidats.*

Art. 1er. — Les médecins qui se présentent au concours pour les places de médecin des hôpitaux doivent justifier qu'ils possèdent depuis cinq ans révolus le titre de docteur en Médecine obtenu devant une Faculté de France. — Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui, après quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualités d'élèves internes en Médecine, ont obtenu la médaille de bronze. — Les candidats déposent, au moment de leur inscription, un résumé de leurs travaux et titres scientifiques. Ils en remettent des copies en nombre suffisant pour que la distribution puisse en être faite aux membres du jury. — Art. 2. — Il ne peut y avoir, en principe, dans le courant d'une année, qu'un seul concours pour la nomination à des places de médecins des hôpitaux. Toutes les places vacantes, jusqu'à concurrence toutefois d'un maximum de six, sont mises à ce concours. Dans le cas où le nombre des places vacantes serait supérieur à six, un second concours peut être ouvert, selon les besoins, dans les limites fixées dans le premier.

II. — *Composition du Jury.*

Art. 3. — Le jury des concours pour les places de médecin des hôpitaux se compose de douze membres, savoir : onze médecins et un chirurgien, qui sont tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices

et parmi les médecins et chirurgiens honoraires des hôpitaux. — Dans le cas où le jury viendrait, pendant la durée des opérations du concours, à être réduit d'un certain nombre de ses membres, les opérations du concours seront suspendues jusqu'au retour du membre ou des membres absents, mais seulement pendant huit jours au plus. Si le nombre des juges devient inférieur à sept, le jury est complété à douze à l'aide d'un tirage au sort effectué dans les formes prescrites, et les épreuves d'admissibilite ou les épreuves définitives recommencent selon la série d'épreuves qui est en cours.

III. — *Composition et nature des épreuves.*

Art. 4. — Les épreuves du concours pour les places de médecin des hôpitaux sont réglées de la manière suivante :

Epreuves d'admissibilité. — 1° *Une composition écrite* sur un sujet de pathologie, dont l'élément anatomo-pathologique fera nécessairemont partie et pour laquelle il est accordé trois heures; 2° *Une épreuve clinique sur un malade*, il est accordé au malade quinze minutes pour faire sa leçon, après quinze minutes dont il peut disposer à son gré pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon.

Epreuves définitives. — 1° *Une épreuve orale* théorique sur un sujet de pathologie. Il est accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon. — 2° *Une épreuve clinique sur un malade* : Le candidat dispose do vingt minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon, et de vingt minutes pour la dissertation orale devant lo jury. — 3° *Une consultation écrite sur un malade*, pour la rédaction de laquelle il est accordé trois quarts d'heure après quinze minutes d'examen, y compris l'analyse des urines. La lecture de cette consultation est faite au début de la séance suivante. — Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite, 30 points ; pour la première épreuve clinique, 20 points,

Epreuves définitives. — Pour l'épreuve théorique orale, 20 points; pour la deuxième épreuve clinique, 20 points : pour la consultation écrite, 30 points.

IV. — *Formalités diverses. — Jugement des épreuves, etc.*

Art. 5. — Les épreuves auxquelles les concurrents sont soumis se divisent en deux séries toutes les fois que le nombre des candidats est supérieur à dix. Les épreuves de la première série sont subies par tous les concurrents. Celles de la seconde série sont subies seulement par les candidats déclarés admissibles. Pour déterminer les candidats admis à prendre part aux épreuves de la deuxième série, le jury, deux jours après que les concurronts ont subi les épreuves de la première série, dresse d'après le nombre des points obtenus, une liste de candidats composée de dix noms au minimum et dix-huit au maximum, savoir : de dix, si le nombre des places mises au concours est de trois ou inférieur à trois; de douze, si ce nombre est de quatre, de quinze, si ce nombre est de cinq et de dix-huit, si ce nombre est de six. Le même intervalle de deux jours doit être observé après les épreuves de la deuxième série, pour le vote définitif sur la désignation des candidats à l'autorité administrative.

Art. 6. — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats ; il est tiré au sort entre trois questions, qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance. — Les épreuves orales, de même que les épreuves cliniques, sont faites en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de les faire subir à tous dans une même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve sont tirés au sort, à l'ouverture de chaque séance. — Pour les épreuves orales, les questions, au nombre de trois, sont rédigées et arrêtées par le jury, chaque jour d'épreuve, immédiatement avant la séance. Pour les épreuves cliniques, le jury, avant d'entrer en séance, choisit les malades qui doivent faire l'objet des leçons; il discute et arrête par écrit le diagnostic qui est remis entre les mains du Président pour être transcrit sur le procès-verbal de la séance. Les malades choisis sont désignés par le nom de leur salle et le numéro de leur lit. Il est mis dans l'urne un bulletin distinct pour chaque malade et ne portant également que ces deux indications. Un de ces bulletins est tiré au sort par chacun des concurrents, qui fait ensuite, en présence du jury, l'examen du malade qui lui est échu. A la fin des épreuves cliniques, alors même qu'il ne reste plus que deux candidats ou même un seul à les subir, l'urne doit toujours contenir trois numéros de malades dans le premier cas et deux dans le second. Pour les épreuves cliniques, chaque fois qu'il est possible, les urines du malade sont mises à la disposition du candidat dès le début de son examen.

Art. 7. — A la fin de chaque séance, à la suite d'une discussion générale sans indication de points sur la valeur de l'épreuve subie dans cette séance par chacun des concurrents et après que la clôture de cette discussion a été prononcée par le Président, chacun des membres du jury inscrit le point qu'il donne à chaque candidat sur un bulletin établi au nom de ce candidat; il signe ce bulletin et le met dans une enveloppe portant le nom du candidat; il clôt lui-même cette enveloppe et la parafe. — Les enveloppes correspondant aux épreuves d'admissibilité sont ouvertes à la fin de ces épreuves, afin de permettre de dresser la liste des candidats admis à subir les épreuves de la deuxième série ; quant aux enveloppes concernant ces dernières épreuves, elles ne sont ouvertes qu'à la fin du concours. — Les points à attribuer à chaque candidat, à la suite du dépouillement des enveloppes, sont déterminés ainsi qu'il suit : il est dressé, par épreuve et pour chaque candidat, un relevé des points qui lui ont été donnés par les membres du jury, en commençant par le point le plus élevé et en suivant l'ordre numérique. Ce relevé étant partagé par moitié, la première note de la deuxième moitié sera celle acquise au candidat.

Art. 8. — Dans le cas où des candidats seraient classés *ex æquo* à la suite des épreuves de la première série, le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible; ensuite sur le plus grand nombre de fois où il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, et enfin sur l'ancienneté du titre de docteur. — Le classement final des candidats est établi d'après l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série. — Dans le cas où, à la suite de ce classement, deux ou plusieurs candidats se trouveraient *ex æquo* pour la dernière place, ces candidats seront appelés à subir une épreuve supplémentaire consistant en une épreuve clinique sur un malade.

Art. 9. — A la fin du concours, le jury est appelé à voter sur la valeur de l'ensemble des épreuves subies par les candidats et à déclarer si cet ensemble est suffisant pour qu'il y ait lieu à nomination. Le Président du jury transmet au Directeur de l'Administration la liste do présentation établie d'après le classement fait par le jury et y joint son rapport sur les opérations du concours.

Article II. — Les dispositions du § 3 de l'art. 106 du règlement sur le service de santé, applicables à tous les concours (médecins, chirurgiens, accoucheurs, prosecteurs, pharmaciens et élèves), sont revisées ainsi qu'il suit, savoir :

Les membres honoraires du corps médical continuent, jusqu'à l'âge de soixante-dix ans, à être appelés à faire partie des jurys des concours. Il ne peut y avoir, dans un même jury, plus de deux membres honoraires du corps médical.

Est abrogée, d'autre part, la disposition du règlement qui « interdit à plus de deux membres appartenant à un même établissement de faire partie d'un même jury ».

Article III. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Fait à Paris, le 31 juillet 1899.
Signé : Dr Henri NAPIAS.

Vu et approuvé : Paris, le 11 septembre 1899, le Préfet de la Seine. *Signé* : J. de Selves. — Pour ampliation, le secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique, H. Derouin.

Au sujet des deux services d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière et de Saint-Antoine.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, vu la loi du 10 janvier 1849, articles 1 et 5, § 10, et celle du 7 août 1851, article 8, *in fine* ; vu l'avis émis

par le Conseil de surveillance dans sa séance du 20 juillet 1899, relativement aux mesures à prendre par l'Administration pour assurer les suppléances et les remplacements des deux chefs des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux Lariboisière et Saint-Antoine; arrête :

Article 1er. — Les deux services d'oto-rhino-laryngologie existant actuellement à l'hôpital Lariboisière et à l'hôpital Saint-Antoine sont distraits du roulement général des services de Médecine et de chirurgie des hôpitaux. Ces deux services feront, à l'avenir, l'objet d'un roulement spécial.

Art II. — Sera accepté comme remplaçant éventuel des chefs des servicices d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière et de Saint-Antoine tel médecin ou chirurgien des hôpitaux qui consentira à prendre officiellement et par écrit un engagement définitif de spécialisation.

Art. III. — Au cas où aucun médecin ou chirurgien des hôpitaux ne demanderait à se spécialiser, un concours spécial sera institué pour la nomination aux places de chef de service d'oto-rhino-laryngologie.

Art. IV. — Transitoirement et jusqu'au 1er janvier 1900, les suppléances des deux chef de service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière et de Saint-Antoine pourront être confiées aux assistants spéciaux adjoints à ces deux chefs de service.

Art. V. — A l'avenir, et lorsqu'il y aura lieu à nomination de nouveaux assistants pour les services d'oto-rhino-laryngologie, il sera ouvert un concours spécial dont les conditions seront déterminées ultérieurement.

Art. IV. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Ecoles d'infirmiers et d'infirmières.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique : — Vu les divers arrêtés, concernant l'organisation des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières laïques et notamment celui du 20 avril ; — Sur la proposition du Directeur de ces écoles; arrête :

Art. 1er. — Sont nommés professeurs des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières laïques, savoir :

1° *Ecole de l'hôpital Lariboisière.* — 1° Professeur du cours des soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, en remplacement de M. le Dr Maygrier, démissionnaire: M. le Dr TISSIER, accoucheur des hôpitaux, actuellement chargé du cours d'hygiène à la même école. — Professeur du cours d'hygiène, en remplacement de M. le Dr Tissier, appelé à un autre poste : M. le Dr CORNET, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, actuellement chargé du cours de petite pharmacie de la même école. — Professeur du cours de physiologie, en remplacement de M. le Dr Pilliet, décédé: Mme le Dr PILLIET-EDWARDS, ancienne interne provisoire des hôpitaux, actuellement chargée provisoirement du dit cours.— Il sera pourvu ultérieurement à la nomination du cours de petite pharmacie, en remplacement du Dr Cornet appelé à un autre poste.

2° *Ecole de l'hospice de la Salpêtrière.* — Professeur suppléant du cours de pansements, bandages et petite chirurgie, en remplacement de M. le Dr Pilliet, décédé, Mme le Dr PILLIET-EDWARDS, ancienne interne provisoire des hôpitaux, actuellement chargée provisoirement du dit cours. — Professeur du cours des soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, en remplacement de Mme le Dr PILLIET-EDWARDS, appelée à un autre poste: M. le Dr DUBRISAY, ancien interne des hôpitaux, actuellement chargé du même cours à l'école de l'hospice de Bicêtre.

3° *Ecole de l'hospice de Bicêtre.* — Professeur du cours des soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, en remplacement de M. le Dr Dubrisay, appelé à un autre poste : M. le Dr H. DE ROTHSCHILD, ancien externe des hôpitaux.

LANGUAGE. — « Ce sont les passions multipliées et subtilisées qui forment la richesse, la variété et la délicatesse d'une langue. » (Swift, *Voyages de Gulliver,* p. 278, édit. Delarue.)

VARIA

La peste de Porto.

Le Dr Miguel Bombarda, rédacteur en chef de *A Medicina contemporanea* de Lisbonne, publie en tête du numéro du 1er octobre de ce journal, sur l'épidémie actuelle, un article intéressant, daté du 30 septembre, et dont voici le résumé.

Dans la première partie de cet article, notre confrère rappelle et discute l'opinion émise récemment par le Dr De Ponta de Lima (de Porto), sur la nature de l'épidémie qui sévit dans cette localité, opinion d'après laquelle il serait possible que cette épidémie ne fût pas la peste d'Orient, mais seulement une peste nostras, qui serait à la première ce que le choléra nostras est au choléra indien. Il examine et réfute un à un les arguments invoqués par le clinicien de Porto à l'appui de cette manière d'envisager les faits, et arrive à conclure que, « en résumé, l'idée émise par notre confrère le Dr De Ponta de Lima n'est pas fondée, et que c'est une idée tout à fait en l'air ».

Dans la seconde partie de son article, le Dr Bombarda signale une certaine recrudescence et une certaine expansion de l'épidémie. « Et ce qui est plus grave, dit-il, parce que cela comporte de plus sombres prévisions, c'est que quelques cas nouveaux se sont montrés dans des maisons infectées antérieurement. Et malheureusement cela vient confirmer ce que nous disions dès le début de l'épidémie. »

Il déplore vivement que l'on n'ait pas, dès le principe, établi des camps sanitaires, et procédé à l'évacuation pour un long, très long délai, des habitations contaminées, au lieu de s'en tenir à la simple désinfection des locaux. Il constate avec douleur la résistance de la population aux mesures sanitaires, les sentiments de haine qu'elle manifeste à chaque instant contre les médecins, le temps que l'on a perdu, le manque de jugement dont on a fait preuve de toutes parts, le dédain avec lequel on a négligé les meilleurs moyens de défense, et, enfin, la situation redoutable à laquelle le pays se trouve acculé.

Nous avons suivi l'auteur presque textuellement dans le paragraphe qui précède; nous traduirons maintenant intégralement et textuellement les deux paragraphes finaux de l'article.

« La population de Porto devait être traitée par surprise (*de sobresalto*), dès le début de l'épidémie. C'était brusquement (*de choque*) que devaient être mises en vigueur les mesures sanitaires, ces mesures des plus efficaces, même en l'absence de matériel de désinfection. Baraquements de refuge, crémation des cadavres, hospitalisation des malades, évacuation des habitations contaminées, destruction par le feu de ce qui peut être brûlé, large propagande populaire par conférences et par journaux,... tout cela et plus encore, qui avait en outre l'avantage inappréciable de donner de l'occupation à bien des gens, devait être réalisé en une semaine, véritablement d'assaut, dans un mouvement de salutaire surprise. L'appel à un général Wood était la plus lumineuse idée à mettre en pratique au commencement de l'épidémie.

« De la façon dont on a agi, les mesures de défense ont traîné au travers des hésitations et des fautes, des tergiversations et des violences inutiles, et au milieu de la plus absolue ignorance populaire, que personne ne tenta même d'atténuer au moins. Nous en avons ici les conséquences... »

Dans le même numéro du même journal, parmi divers autres articles relatifs à la peste, nous avons remarqué particulièrement une lettre du Dr Maximiano Lemos, son correspondant spécial à Porto, et nous pensons que nos lecteurs nous sauront gré de leur en résumer quelques passages.

D'abord, au point de vue de la mortalité et de la morbidité pendant la période du 22 au 28 septembre, on a noté 19 cas et 7 décès, chiffres sensiblement supérieurs à ceux des dernières semaines. L'auteur de la lettre fait très judicieusement remarquer, à propos de ces chiffres, qu'on peut se demander si l'accroissement tient à un réel développement de l'épidémie ou s'il n'est pas le fait d'une meilleure recherche des cas qui surviennent. Il croit que, depuis que la dissimulation des cas de peste est considérée comme une désobéissance qualifiée, on éprouve moins de difficultés à recueillir les informations relatives aux pestiférés, mais il croit aussi que l'épidémie s'étend et augmente d'importance. Il signale la détestable organisa-

tion sanitaire, le manque de personnel, l'incomplète définition des fonctions, la sujétion importune et nuisible aux autorités administratives, et, par-dessus tout, l'ignorance de la valeur des pratiques hygiéniques, créant des obstacles, des résistances, des révoltes, qui ont compromis le résultat des mesures adoptées et continueront à le compromettre.

Il s'est produit, dit-il, des faits qui doivent être considérés comme de véritables leçons. Et il en cite un, tout récent, qui est assez typique pour que nous croyions bien faire en le résumant ici. Au début de l'épidémie, une maison avait été isolée; les habitants et les voisins s'entêtaient à soutenir qu'il n'y avait pas eu de peste en cet endroit. « Dès que l'isolement fut levé, des manifestations délirantes d'enthousiasme eurent lieu, on illumina les maisons, on poussa des vivats en commun et aussi les inévitables cris de mort à l'adresse de Ricardo Jorge, et sur l'une de ces maisons, qui se distinguait par sa brillante illumination, on afficha un écriteau où se lisaient ces mots, écrits en lettres énormes : « La peste est morte ! » Mais, ces jours derniers, la maison où était morte la peste était envahie par la maladie, et il ne s'y déclarait pas moins de cinq cas, dont un fut mortel. On meurt de la peste dans la maison où est morte la peste ! » Tout commentaire affaiblirait la valeur de ce récit.

Viennent ensuite quelques renseignements statistiques relatifs à l' « Hospital do Senhor de Bomfim ». Le mouvement de malades a augmenté naturellement, et le bulletin de la veille (du 28 septembre, par conséquent, la lettre que nous résumons étant du 29) donne, comme existant à cette date dans l'établissement, 12 femmes et 7 hommes. Au point de vue de la gravité les cas se répartissent comme suit :

Sur 12 femmes, 2 inspirent des craintes; chez 2 autres la maladie suit son évolution régulière ; une va bien ; les 7 autres sont convalescentes.

Parmi les 7 hommes, 3 assez gravement atteints ; 1 en état satisfaisant ; les 3 autres en convalescence.

Postérieurement à la rédaction du bulletin susdit, il y a eu 2 nouvelles entrées, 1 homme et une femme, tous deux malades au dehors depuis quelque temps, mais ne paraissant pas inspirer de grandes inquiétudes.

L'auteur continue sa lettre par la relation de deux autopsies de pestiférés, faites par le Dr Ricardo Jorge et son assistant, le Dr Rego, et auxquelles il a assisté. Il annonce le départ d'un grand nombre des médecins étrangers venus à Porto, et il termine en reproduisant les conclusions du rapport, rédigé par le Dr Calmette, de la Commission du sérum antipesteux, conclusions qui sont déjà connues de nos lecteurs. (*A Medicina contemporanea*, numéro du 1er octobre 1899.) Ch. H. P.-V.

Les épidémies.

La peste.

Les journaux politiques de la semaine publient les dépêches suivantes au sujet de la peste d'Oporto :

Oporto, 5 *octobre*. — Un orage accompagné de grêle s'est abattu sur la région. On a enregistré aujourd'hui quatre cas de peste. Le gouverneur a assisté à Baguim à la destruction par le feu des maisons pestiférées.

Oporto, 7 *octobre*. — Il y a eu aujourd'hui quatre cas et un décès. Trente-huit malades sont en traitement à l'hôpital. Les médecins norvégiens Geisvald et Aaser partent ce soir, allant à Paris et à Londres examiner les conditions sanitaires de ces villes. Un infirmier de l'hôpital civil a été atteint de la peste.

Oporto, 8 *octobre*. — On a enregistré aujourd'hui quatre cas de peste. Le Dr Salimbeni a reçu de Paris l'ordre de rester en permanence à Oporto. La commission sanitaire a décidé de permettre les spectacles en soumettant les théâtres à certaines conditions sanitaires. La commission a traité aussi de l'assainissement du petit quartier où trois cas de peste sont signalés. D'après la statistique officielle il s'est produit 131 cas de peste et 43 décès jusqu'à la date d'hier. Il y a eu pendant la dernière semaine 26 cas et 3 décès, y compris 6 cas et 1 décès constatés aujourd'hui.

Oporto, 9 *octobre*. — On a enregistré aujourd'hui deux cas de peste. La vaccination est momentanément suspendue ; elle recommencera après la réception à Oporto de 1.200 flacons de sérum demandés à Paris.

Le Dr Yersin, dont les études sur la peste sont très connues, a été chargé d'une mission spéciale à Java par le gouvernement de l'Indo-Chine.

La fièvre jaune aux Etats-Unis.

New-York, 5 *octobre*. — On a constaté vingt-sept nouveaux cas de fièvre jaune et deux décès à Key-West, un cas et un décès à Jackson, cinq cas et un décès à la Nouvelle-Orléans.

New-York, 8 *octobre*. — Il s'est produit 24 cas nouveaux de fièvre jaune à Key-West, auxquels il faut en ajouter 38 qui n'avaient pas été portés sur les statistiques précédentes. On a constaté un cas à la Nouvelle-Orléans.

A propos du concours de l'Internat.

Nous lisons dans le *Journal des Débats* du 4 et du 12 octobre 1899 :

« A l'occasion du prochain concours d'internat, fixé au 16 de ce mois, M. Napias, directeur de l'Assistance publique, vient d'être saisi, par les étudiants en Médecine appelés à y prendre part, des revendications suivantes, dont on trouvera l'expression dans les deux documents que voici :

« Chers camarades,

« Parmi les médecins et chirurgiens que le sort vient de désigner comme juges au concours de l'internat, il en est deux aux votes desquels nos épreuves ne sauraient être livrées.

« Une pétition est jointe à la présente lettre, qui est envoyée dans tous les services de Paris ; nous vous prions, dans l'intérêt général, d'en prendre connaissance, de la discuter avec nos camarades des autres services, de la signer si la protestation vous parait légitime et de la faire parvenir directement à M. le Directeur général de l'Assistance publique. *Un groupe d'externes.*

« La pétition jointe à cette lettre était celle-ci :

« Monsieur le Directeur général de l'Assistance publique,

« Les soussignés, comptant sur votre esprit de justice, ont l'honneur de soumettre à votre haute appréciation la question suivante : L'Administration de l'Assistance publique de Paris peut-elle accepter que l'avenir de ses élèves, après tant d'efforts pour obtenir le titre ambitionné d'interne des hôpitaux, soit (entre autres maitres irréprochables de science et de droiture) livré à l'appréciation de deux hommes que chacun tient pour des juges notoirement incapables, l'un en raison de ses excentricités et de ses extravagances (pour ne pas dire plus), l'autre en raison d'un acte de forfaiture antérieur et de l'affaiblissement progressif et universellement connu de ses facultés mentales? — Nous vous prions, Monsieur le Directeur général, de recevoir l'assurance de notre très respectueux dévouement.

« Des exemplaires de cette pétition, déposés dans les salles de garde des hôpitaux, se sont rapidement couverts de signatures. »

« M. le Dr Gouguenheim, médecin à l'hôpital Lariboisière, s'étant reconnu personnellement visé dans la protestation adressée au directeur de l'Assistance publique, proteste, à son tour, contre les imputations dont il est l'objet.

« Le 6 octobre, écrit-il, j'étais désigné par l'administration pour faire partie du jury du concours de l'internat. Immédiatement ; j'informai le directeur de l'Assistance publique que j'avais le regret de décliner la mission qui m'était confiée, l'état actuel de ma santé m'obligeant encore à certains ménagements qui ne me permettaient pas de supporter les fatigues d'un concours dont la durée pouvait être de trois mois. Mon rôle était donc terminé. Aussi, grande a été ma surprise lorsque j'appris, par votre journal, l'existence d'une protestation contre ma nomination qui, cependant, n'avait plus d'objet.

« Ce n'est pas tout. La même circulaire revient sur une ancienne histoire datant de quatorze ans, déjà jugée en son temps.

« A cette époque, une enquête, sollicitée par moi, avait eu lieu ; on en trouverait certainement la minute dans les archives de l'administration. Elle démontrerait l'inanité de l'accusation et la légèreté de ceux qui l'avaient formulée. Depuis, j'ai fait partie, à deux reprises, du jury pour le concours du bureau central, beaucoup plus important que celui de l'internat, et je ne sache pas que ma présence ait donné lieu à la moindre observation, ou que mon impartialité ait été suspectée par aucun candidat. »

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VI des annonces.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 24 sept. au samedi 30 sept. 1899, les naissances ont été au nombre de 1144, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 432, illégitimes, 173. Total, 605. — *Sexe féminin* : légitimes, 406, illégitimes, 133. Total, 539.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 24 sept. au samedi 30 sept. 1899, les décès ont été au nombre de 759, savoir : 385 hommes et 374 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 10. T. 21. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.—Variole : M. 0, F. 0 T. 0. —Rougeole : M. 4, F. 0. T. 4. —Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 3, T. 4. — Diphtérie. Croup : M. 1. F. 1, T. 2. — Grippe : M. 2, F. 0, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 106, F. 76, T. 182. — Méningite tuberculeuse : M. 5, F. 3, T. 8. — Autres tuberculoses : M. 4, F. 5, T. 9. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 2, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 36, T. 55. —Méningite simple : M. 3, F. 8, T. 11. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 16, F. 22, T. 38. — Paralysie, M. 2, F. 4, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 3, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 27, T. 52. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 2, T. 5.— Bronchite chronique : M. 14, F. 7, T. 21. — Broncho-pneumonie : M. 7, F. 11, T. 18. — Pneumonie : M. 13, F. 10, T. 23.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 11, F. 16, T. 27.— Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 17, T. 32.— Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 3, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 4, T. 6. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale, M. 12, F. 10, T. 22. — Sénilité : M. 10, F. 27, T. 37. — Suicides : M. 9, F. 5, T. 14. — Autres morts violentes : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres causes de mort : M. 71, F. 51, T. 122. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 1, T. 3.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 65, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 9. Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 11. Total : 30.

Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Angers. — Un concours s'ouvrira le 26 mars 1900 devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Angers. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouvertnre dndit concours.

Ecole supérieure de Pharmacie. — M. Gaucher a été chargé d'un cours complémentaire de botanique cryptogamique à l'Ecole supérieure de Pharmacie de l'Université de Montpellier. (*Fondation de l'Université de Montpellier.*)

Service de santé de la Marine. — MM. les médecins de 1re classe Branzon-Bourgogne, du cadre de Toulon, et Thamin, du cadre de Lorient, sont désignés pour remplacer, dans la division de l'Extrême-Orient et au Pacifique occidental ; le premier, M. le Dr Houdart, embarqué sur le *Jean-Bart* ; le second, M. le Dr Santelli, embarqué sur le Pascal. (Période d'embarquement terminée). MM. Branzon-Bourgogne et Thamin rejoindront leur destination par le paquebot partant de Marseille le 5 novembre prochain.

Concours de l'Internat. — Le jury de l'Internat est ainsi constitué : MM. Claisse, Courtois-Suffit, Troisier, Mauclaire, Legueu, Poirier, Benjamin Anger, Bouffe de Saint-Blaise, Tissié, qui ont accepté ; Danlos qui n'a pas encore répondu

Asiles d'aliénés de la Seine.—M. le Dr Taule, directeur de l'Asile Clinique, vient d'être admis, sur sa demande, à la retraite. Dans sa séance du 10octobre, la Commission de surveillance a décidé de lui adresser des remerciements pour les services qu'il a rendus an service des aliénés. Il a été remplacé par M. Maurice Guillot, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur et des Cultes.

Médecine opératoire (sous la direction de M. le Pr Terrier et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire.) — *Cours d'automne.* — Ce cours ne pourra comprendre plus de 52 élèves. Y seront admis, sur leur demande écrite, et après autorisation du Doyen : 1° Les élèves docteurs, appartenant au nouveau régime d'études, pourvus de 10 inscriptions au moins ; 2° les élèves docteurs, appartenant à l'ancien régime d'études, pourvus de 14 inscriptions au moins ; 3° les élèves docteurs pourvus de 16 inscriptions (ancien régime) ou de 12 inscriptions (nouveau régime) ; 4° les docteurs français ou étrangers. — *Droits à acquitter* : 1° MM. les étudiants dont la scolarité n'est pas terminée, acquitteront le droit correspondant aux travaux pratiques réglementaires : 15 francs ; 2° MM. les docteurs français et étrangers, ainsi que MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions (ancien régime) ou de 12 inscriptions (nouveau régime), acquitteront le droit correspondant aux travaux pratiques facultatifs : 50 francs. — *Conditions d'inscription* : Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 heures, jusqu'au 12 octobre, sur la présentation des pièces suivantes : 1° Carte d'immatriculation pour l'année scolaire 1899-1900 ; 2° quittance des droits afférents aux travaux pratiques réglementaires ou facultatifs. MM. les docteurs ou étudiants inscrits recevront une lettre de convocation individuelle.

M. Gosset, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 16 octobre, à 1 heure précise, pavillon n° 7.

Bureau municipal d'hygiène du Havre. — L'emploi de directeur du bureau municipal du Havre est actuellement vacant. Les émoluments attachés à cet emploi sont de 10.000 francs par an et peuvent s'élever jusqu'à 12.000 francs. Les candidats à l'emploi dont il s'agit doivent être Français et pourvus de titres scientifiques leur donnant une autorité suffisante pour exercer les fonctions de directeur d'un service d'hygiène. Les demandes sont reçues par l'administration municipale du Havre jusqu'au 1er novembre prochain. La nomination du directeur sera faite avant le 1er janvier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Fallier, médecin principal de la marine en retraite, décédé à Brest. — M. A. Macé, professeur honoraire de pharmacie à l'Ecole de Médecine de Rennes.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 42. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 21 OCTOBRE 1899.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Le bleu de méthylène comme hypnotique ;

Par MM. les Drs Ch. VALLON, médecin de l'asile de Villejuif, et WAHL, interne à l'asile de Villejuif.

L'insomnie chez les aliénés est, on le sait, un symptôme extrêmement tenace, et bien que la liste des hypnotiques soit longue on l'a souvent épuisée avant d'avoir réussi à procurer à ces malades un peu de sommeil. D'ailleurs un des plus puissants hypnotiques, l'opium, qui congestionne le cerveau, est, de ce fait, contre-indiqué dans une des formes de l'aliénation mentale les plus fréquentes, au moins à Paris, la paralysie générale, maladie au cours de laquelle les accidents congestifs sont habituels. M. le Dr Bodoni (1), en étudiant au moyen du bleu de méthylène la perméabilité rénale chez les aliénés du service de M. le Dr Morselli, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Gênes, a pu se convaincre de la propriété que possède ce médicament de calmer l'excitation dans les maladies mentales. S'étant aperçu que les injections intramusculaires de bleu de méthylène amendaient rapidement l'exaltation maniaque, notre confrère a expérimenté ce médicament chez un grand nombre d'autres aliénés agités, et il a trouvé que le bleu de méthylène exerce une action calmante plus ou moins prononcée et pouvant parfois persister plusieurs jours, dans toutes les psychoses accompagnées d'excitation et de délire. D'après M. Bodoni, on peut injecter chez les aliénés agités jusqu'à 0 gr. 10 centigr. de bleu de méthylène dans l'épaisseur des muscles, sans le moindre inconvénient. La lecture du travail du médecin italien nous a donné l'idée d'essayer le bleu de méthylène contre l'insomnie des aliénés. Mais à la méthode de l'injection intramusculaire employée par M. Bodoni, nous avons substitué, sur les conseils de M. Requier, le distingué pharmacien de l'asile de Villejuif, l'ingestion de capsules dosées à 0 gr. 25 centigr. de bleu de méthylène : forme médicamenteuse plus facile à employer chez des malades agités et surtout moins sujette à amener des accidents, un certain nombre de nos malades étant des gâteux chez lesquels il est à peu près impossible de faire des injections hypodermiques en se conformant aux règles de l'antisepsie. Nous avons donc choisi un certain nombre de malades présentant le symptôme commun : insomnie avec agitation, mais atteints de différentes maladies mentales ; nous leur avons fait prendre deux capsules de 0 gr. 25 centigr. chacune, la première environ deux heures après le repas du soir et une heure avant le moment du coucher, la seconde une heure et demie plus tard.

(1) *Semaine médicale*, 15 février 1899.

Voici d'abord les observations :

OBSERVATION I. — T..., âgé de 40 ans, tapissier, est atteint de paralysie générale à une période déjà avancée, il en présente tous les signes classiques : tremblement de la langue, inégalité pupillaire, hésitation de la parole, affaiblissement intellectuel et physique très marqué. Au moment de l'entrée il existait en outre quelques idées de persécution. T... se plaignait par exemple que ses camarades lui avaient fait des misères, et par leurs méchants propos avaient obtenu son renvoi de l'atelier où il travaillait. Depuis le mois de décembre T... est agité et ne dort pas; depuis le mois de janvier il est alité et gâteux. Contre l'insomnie nous avons employé sans succès la plupart des hypnotiques (bromure de potassium, chloral, trional, sulfonal, etc.); le 9 avril nous lui donnons 0 gr. 50 centigr. de bleu de méthylène en deux capsules. Ce jour-là il ne dort qu'une heure dans la nuit et est agité le reste du temps. Du 10 au 14 avril il ne dort pas du tout et l'agitation persiste. Le 14 avril il dort au contraire presque toute la nuit mais au réveil l'agitation reprend.

Ce malade est gâteux, urine sous lui, et l'urine chargée de bleu de méthylène tache les draps et même le matelas; en conséquence nous cessons l'emploi du médicament. Pendant dix jours encore l'urine reste colorée en bleu.

OBSERVATION II. — P..., Emile, 32 ans, employé de bureau, est atteint d'une paralysie générale à évolution lente dont le début remonte à six années environ et qui a nécessité son internement il y a quatre ans (18 novembre 1895). Il présente les signes classiques de la maladie : inégalité pupillaire, tremblement très accentué des lèvres et de la langue; parole très embarrassée, presque inintelligible, gâtisme, démence complète. Nuit et jour P... pousse des cris, se lève de son lit, court dans la salle et trouble ainsi le repos des autres malades. Après avoir épuisé en vain la liste des hypnotiques (bromure de potassium, chloral, trional, sulfonal, etc.), nous le soumettons le 10 avril 1899 au traitement par le bleu de méthylène. Le 10 avril il dort 10 heures dans la nuit; le 11, de même; le 12, il

est constamment éveillé ; le 13, il dort deux heures ; le 14, il repose assez bien pendant trois heures ; le 15, après avoir été éveillé toute la nuit, il dort une heure environ le matin.

L'action du médicament n'a jamais persisté au-delà de la nuit : au réveil l'agitation recommençait aussi intense. P... laisse échapper son urine, qui tache les draps ; de plus il se barbouille les doigts, puis la figure, avec son urine bleue ; cette coloration de la peau impressionne désagréablement les parents ; nous interrompons donc le traitement le 15 avril. Les urines restent bleues pendant huit jours encore.

Observation III. — S..., 48 ans, menuisier, est un excité maniaque interné pour la deuxième fois le 17 juillet 1899, et depuis cette époque il est très agité, très violent, déchire ses vêtements, menace et frappe ses camarades et ses gardiens ; il ne dort presque pas. Nous le soumettons au traitement par le bleu de méthylène le 17 avril. Ce jour-là il dort 4 heures ; le lendemain, 8 heures ; le 19, toute la nuit ; le 20, 7 heures ; le 21, toute la nuit ; le 22, toute la nuit ; le 23, 3 heures ; le 24, 3 heures.

Pendant cette période l'agitation diurne n'est pas sensiblement diminuée. A partir du 24, S... refuse le médicament avec obstination. Lès urines sont restées colorées en bleu trois jours seulement après la cessation du bleu de méthylène.

Observation IV. — J..., Edouard, 30 ans, appartient à une famille tarée au point de vue psychique, son père a des idées de persécution, est très craintif, vit très retiré, mais n'a cependant jamais commis aucun acte de nature à le faire interner. Une de ses sœurs a été placée dans un asile d'aliénées pour manie aiguë et est sortie guérie. Il était aux colonies lorsque des accidents paludiques assez violents l'obligèrent à rentrer en France. Réduit à un état voisin de la misère, il eut à subir des privations assez grandes, et c'est alors qu'éclatèrent des troubles mentaux. Il entre le 9 septembre à Villejuif dans un état d'excitation maniaque très prononcé, avec des idées mystiques et des hallucinations ; « il entend des symphonies de la nature ». Son agitation persiste malgré tous les médicaments employés : toute la journée et toute la nuit il crie et gesticule. A partir du 20 courant nous lui donnons tous les jours du bleu de méthylène, qui le fait bien dormir pendant les nuits des 20, 21, 22, 23, 24, 25 et 26 avril ; il dort presque toute la nuit, mais le jour, loin de se calmer, il devient violent. Il manifeste des idées de persécution, « nous lui donnons, dit-il, un médicament bizarre qui le fait uriner tout bleu, nous voulons l'empoisonner, nous défaire de lui, nous sommes des bourreaux », et il nous menace lorsque nous passons dans son quartier. C'est au point qu'on est obligé de le mettre en cellule pendant la visite. Nous cessons donc le médicament. Les urines sont restées colorées en bleu dix jours encore.

Observation V. — M..., Joseph, 28 ans, domestique de ferme, est un paysan à l'esprit borné, qui poursuit de ses importunités une jeune fille d'une famille de la noblesse ; il s'imagine que cette personne pense à lui, le trouve beau et le veut pour mari ; partant de cette idée absurde il importune de ses lettres cette jeune fille et sa famille, si bien que son arrestation est requise. Arrivé à l'asile de Villejuif le 7 mars 1899 dans un état de calme relatif, il s'est agité progressivement et présente actuellement les signes d'agitation maniaque : les vêtements en désordre, il crie, chante, gesticule, frappe même quelquefois ses camarades ; de plus il ne dort pas. C'est alors que nous le soumettons au traitement par le bleu de méthylène.

Le 17 avril, il dort quatre heures ; le 18, cinq heures ; le 19, six heures ; le 20, six heures ; le 21, le 22, le 23, le 24, le 25, toute la nuit ; le 26, six heures ; le 27, cinq heures ; le 28, six heures ; le 29, toute la nuit ; le 30, six heures. Les 3, 4, 5 et 6 mai, il dort toute la nuit. Le jour, l'agitation persiste sans grand changement.

Dans ce cas le bleu de méthylène a produit le résultat attendu, c'est-à-dire a procuré le sommeil. L'élimination s'est faite complète en quatre jours.

Observation VI. — Le malade N..., Francisque, 39 ans, journalier, est un habitué des asiles, il y fait actuellement son cinquième séjour. C'est un homme d'intelligence débile, ayant des habitudes d'intempérance ; ce sont des accidents alcooliques qui ont nécessité ses premiers internements, mais actuellement il est à l'asile de Villejuif depuis le 24 août 1894, dans un état d'excitation maniaque se traduisant surtout par du délire des actes : toujours en mouvement, parlant haut, dormant peu ou pas, habillé d'une façon étrange, très bruyant, il taquine constamment ses camarades, il chante une partie de la journée et même de la nuit. Nous le soumettons au traitement par le bleu de méthylène.

Le 17 avril, il dort quatre heures ; le 18, cinq heures ; le 19, cinq heures ; le 20, cinq heures ; le 21, quatre heures ; le 22, cinq heures ; le 23, six heures ; le 24, sept heures ; le 25, cinq heures ; le 26, quatre heures ; le 27, cinq heures ; le 28, deux heures ; le 29, six heures ; le 30, six heures.

Ici, les résultats ont donc été relativement favorables au point de vue du sommeil, mais le bleu de méthylène n'a pas fait cessez l'excitation maniaque. N..., comme beaucoup d'aliénés, aime à faire des malices, il s'amuse à uriner contre les murs de sa chambre et à y dessiner des arabesques en bleu. Pour ce motif, nous renonçons à l'emploi du médicament. Après la cessation du bleu de méthylène, l'urine est restée colorée pendant quatre jours.

Remarques. — Chez deux malades paralytiques généraux gâteux, nous avons été obligés d'interrompre l'usage du bleu de méthylène parce qu'il détériorait le linge et les objets de literie ; il n'avait d'ailleurs encore donné aucun résultat appréciable. Un excité maniaque a refusé de prendre le médicament au bout de huit jours ; chez lui le résultat du traitement a été peu net. Chez un autre malade dégénéré avec excitation maniaque et délire polymorphe, le bleu de méthylène, en colorant les urines, a amené des idées de persécution qui n'existaient pas jusqu'alors ; le malade est devenu violent et agressif, persuadé en voyant la couleur de son urine que nous l'avions empoisonné. Chez un autre débile agité le résultat a été médiocre ; on n'a obtenu que quelques heures de sommeil pendant la nuit. Chez un seul malade atteint d'agitation maniaque le résultat a été pleinement satisfaisant.

Le temps que le médicament a mis pour s'éliminer chez nos six malades a été très variable. Après la suppression du médicament l'urine a encore conservé sa coloration bleue pendant trois jours chez le malade de l'observation III, vésanique sans troubles somatiques ; quatre jours chez les malades des observations V et VI, également vésaniques. Chez les deux paralytiques généraux l'élimination a été beaucoup plus lente : elle a duré huit jours chez l'un (observation I), dix jours chez l'autre (observation III). Ce fait prouve une fois de plus que dans la paralysie générale le système nerveux central n'est pas seul malade, mais que la plupart des viscères sont aussi altérés, comme l'a bien montré M. Klippel. Enfin le malade de l'observation IV, qui a mis dix jours pour éliminer complètement le médicament, est un paludique ayant fait un long séjour aux colonies, c'est-à-dire un malade dont le foie et la rate ne sont pas dans un état normal.

En résumé, les essais que nous avons faits du bleu de méthylène contre l'insomnie sont beaucoup trop incomplets pour que nous puissions en tirer des conclusions fermes sur la valeur de ce médicament ; tout ce que nous pouvons dire c'est qu'il ne nous paraît pas supérieur aux autres hypnotiques ; par contre il présente certains inconvénients, que cette note a surtout pour but de signaler : il tache les vêtements et objets de literie, les gâteux peuvent s'en barbouiller les mains et le visage, au grand mécontentement de leur famille ; d'autres malades, en voyant la coloration bleue de leur

urine, sont portés à en souiller les murs ; enfin le bleu de méthylène, en colorant fortement l'urine, paraît devoir donner facilement lieu à des interprétations délirantes de la part des aliénés.

A un autre point de vue cette substance présente l'avantage de renseigner sur l'état des organes excréteurs, en particulier des reins.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La séance d'ouverture du XIII[e] Congrès de Chirurgie.

La XIII[e] réunion de l'Association française de Chirurgie s'est ouverte comme de coutume le troisième lundi d'octobre. Aucun fait saillant n'est à signaler; on retrouvait dans la salle exactement les mêmes membres principaux que les autres années, les mêmes représentants des différentes puissances étrangères, Roux (de Lausanne), Jonnesco (de Bucarest), Jacobs (de Bruxelles), etc., que nous sommes habitués à rencontrer chaque année, et que le tout récent Congrès de Gynécologie d'Amsterdam n'a pas empêchés de venir rendre à la science chirurgicale française leur annuelle visite. On regrettait vivement parmi ceux-ci le P[r] Socin (de Bâle), décédé récemment et qui l'an dernier siégeait au milieu des notables.

La séance s'est ouverte sous la présidence du P[r] Poncet, entouré du P[r] Le Dentu et de L.-Championnière, le premier prédécesseur, le second futur successeur du chirurgien lyonnais au siège présidentiel. M. Poncet dans le discours d'usage a pris comme thème : *La chirurgie à ciel ouvert*, ou faite au grand jour, et a largement fait valoir la nécessité du drainage systématique, même dans les plaies en apparence les plus aseptiques. Au reste nous reproduisons textuellement les principaux points traités :

Le fait capital, dit M. le P[r] Poncet, est celui-ci : toute plaie qui mérite ce nom par ses dimensions, par sa profondeur, par son siège, etc., s'accompagne, dans les premières heures, d'une exsudation séreuse, séro-sanguinolente, plus ou moins abondante, parfois d'un véritable écoulement sanguin, et cela, en dehors, comme on semble encore trop le croire, de toute action irritante produite par les lavages, par des applications directes de solutions antiseptiques. Leur emploi ne peut évidemment que l'accroître. Si, physiologiquement, l'assèchement parfait d'une plaie n'existe pas, il doit être également considéré comme tel, au point de vue chirurgical. Suivant diverses conditions, mais en dehors aussi de toute contamination, de toute autre irritation que le traumatisme, l'exsudat se produit. Il ne varie que par son abondance plus ou moins grande.

Une autre remarque, non moins importante, découle de recherches microbiologiques, nombreuses, variées. Elles établissent « qu'aucune méthode de pansement ne prévient la pénétration des microbes dans une plaie ».

Comment, du reste, en serait-il autrement « quand on songe que toutes les cavités de l'organisme sont habitées, que les microbes sont partout, dans l'air, dans l'eau et sur les solides »?

Evidemment, entre l'asepsie bactériologique et l'asepsie chirurgicale, suffisante, cependant, pour placer la plaie à l'abri de toute complication, nous ne voudrions pas établir de confusion.

Des accidents septiques sont, cependant, en imminence latente, et pour expliquer le silence des agents pathogènes, il faut invoquer leur virulence atténuée, la défense de l'organisme, la qualité du terrain, etc., toutes conditions plus ou moins inconnues, et qui doivent nous tenir en garde contre l'apparition, alors possible, de complications infectieuses. Ne sait-on pas, d'autre part, depuis longtemps, que la stagnation des liquides, que leur rétention à la surface d'une plaie, dans une cavité close, etc., est éminemment favorable à leur altération, à leur virulence?

Rétention est synonyme d'imprégnation et d'absorption. La clinique le démontre à chaque instant.

Les conditions que doit réunir un drainage sont, en outre, établies par des recherches, *in vitro*, fort intéressantes. La chirurgie sanglante à ciel ouvert, est précisément celle qui satisfait à ces divers *desiderata*. Elle comporte des procédés, des manœuvres dans lesquelles l'œil et le doigt s'aident mutuellement. L'opérateur voit, à chaque instant, ce qu'il fait. Il est maître de son champ opératoire. C'est la chirurgie aussi des grandes incisions, des débridements étendus, des contre-ouvertures, des voies de décharge, des résections osseuses libératrices, des larges drainages, etc. C'est celle enfin, après l'opération, de la guerre préventive à l'accumulation, des liquides à leur rétention, par une canalisation parfaite de la plaie et par certains pansements.

Elle est l'antipode des incisions et des sections sous-cutanées, des ponctions, des injections modificatrices, etc.

N'a-t-elle pas démontré que la ponction d'un kyste de l'ovaire est plus grave que son ablation, que les injections de teinture d'iode, de solutions caustiques, irritantes, dans une grenouillette, dans un goitre, dans une articulation, etc., ont un pronostic beaucoup plus sévère qu'une opération radicale, qu'une thyroïdectomie, qu'une arthrotomie, par exemple ?

Il faut aborder ces organes de dehors en dedans, de face, par une voie large, par des incisions franches, qui ne laissent ni cavités, ni arrière-cavités absorbantes. C'est une banalité de dire qu'il est nécessaire, pour opérer, d'y voir clair. Sans vouloir jouer avec l'expression de *ciel ouvert*, il est bien certain qu'une salle d'opérations doit être parfaite au point de vue de la lumière. Pour un grand nombre d'interventions sanglantes, l'éclairage, entre autres particularités, viendra d'en haut...

La chirurgie abdominale est riche en applications de ce genre. Nous n'en voulons pour preuve que la position inclinée du tronc, dont les avantages ont été si bien mis en lumière, et rajeunis par Trendelenburg. Sur ce champ de bataille, qui est le champ opératoire, c'est tout un art, parfois très personnel, de disposer ses moyens d'attaque et de défense. Dans les opérations viscérales, en particulier, la libération méthodique, sans danger, la mobilisation, la luxation au dehors à un moment donné, de l'organe malade, est une ressource précieuse.

Dans les ablations de goitre, entre autres, qu'il s'agisse d'une thyroïdectomie partielle ou d'une énucléation intra-glandulaire, la luxation au dehors, entre les lèvres de la plaie, des tissus malades, rend simple, à un moment donné, une opération qui, autrement, eût été non moins dangereuse que laborieuse. Ces opérations au grand jour : hystérectomie abdominale, pylorectomie, entérectomie, large ouverture du crâne, extirpation thyroïdienne, etc., n'ont pas seulement le mérite de l'exécution; elles sont également et surtout, ainsi que nous l'avons fait remarquer, aussi peu graves que possible.

Elles permettent, en effet, d'opérer rapidement, de faire vite, sans hésitations, et, par cela même, de bien faire. Il importe, en effet, au premier chef, de ne pas s'attarder, d'aller carrément au but.

Des tissus dilacérés, meurtris, et par cela même, d'une vitalité douteuse et éminemment aptes au sphacèle, ne constituent-ils pas, même avec une rétention incomplète, le meilleur terrain de germination? Il est cependant une limite à la rapidité qui, poussée trop loin, expose à de graves mécomptes. L'art d'opérer a ses traditions d'habileté, de sécurité. Il ne faut pas songer à en faire un sport.

L'*opération à ciel ouvert* est terminée, mais elle n'est que le premier temps de la chirurgie qui mérite ce nom.

Il faut alors suivant les circonstances que nous allons déterminer, compléter l'acte opératoire par la mise en pratique de tels soins immédiats consécutifs qui ont, dans l'espèce, la plus haute importance.

Une distinction s'impose immédiatement : 1° La plaie est *aseptique*; 2° elle est *douteuse*; 3° elle est *infectée*.

1° *La plaie est aseptique.*

La réponse me paraît simple : *il faut toujours drainer.*

Si la plaie a une certaine importance, si elle est profonde et plus ou moins anfractueuse, en dehors d'une exhalation variable, il restera des vides, des espaces ou coins morts, dans lesquels les liquides s'épancheront et séjourneront. Leur stérilisation n'est, d'autre part, jamais certaine, et le meilleur moyen de pouvoir l'escompter, est précisément de soustraire la plaie au danger d'une stagnation.

Le drainage est indispensable. Les liquides dussent-ils, sans lui, rester aseptiques, il n'en a pas moins encore son utilité, puisqu'il évite leur accumulation qui provoque de la douleur, une tension plus ou moins grande des tissus, et par l'étranglement qu'elle engendre, des accidents inflammatoires.

Il faut donc, et c'est notre conclusion : *ne chercher la réunion par première intention d'une plaie qu'après l'avoir drainée méthodiquement, quelque aseptique qu'elle puisse être.*

On sera, en outre, d'autant plus sobre de tout essai de réunion que les contre-indications, même dans les cas en apparence favorables, sont souvent nombreuses.

Il faut, en effet, grandement tenir compte de l'état général du sujet. Aux deux extrêmes de la vie, chez le nouveau-né, chez le vieillard surtout, chez des sujets affaiblis, chez des convalescents, cachectiques, anémiés, chez des malades atteints d'un état infectieux quelconque, septicémie pré-opératoire et autre, chez les diabétiques, les albuminuriques, en un mot, chez les tarés, etc., les tissus manquent de plasticité. Ils sont guettés par l'infection, par le sphacèle.

Il en est de même chez les obèses. Chez les simples adipeux, la graisse se prête mal à la réunion par première intention. Les fils de catgut les mieux stérilisés y deviennent facilement amorce et hameçon pour les agents pathogènes: Dans diverses régions, au voisinage, au contact des cavités et des canaux naturels, etc., si riche en microorganismes de tous genres, l'absence de toute tentative de réunion doit être également de règle.

Les contre-indications tirées de l'état local ne sont pas moins réelles, si les tissus ont été contusionnés, déchirés, dilacérés, etc., au cours d'une opération un peu longue.

Il vaut mieux alors, malgré toutes les précautions aseptiques, ne pas affronter du tout, et lorsqu'on songe qu'en face de la question de sécurité se pose uniquement celle de la rapidité de la guérison, et qui n'en est pas la plupart du temps notablement accrue, puisque dans une plaie aseptique les drains doivent être enlevés au bout de deux ou trois jours, on ne voudra pas se passer du drainage préventif.

Sans les drains, les sutures constituent une arme redoutable. Sans le drainage, il vaudrait mieux, à tout prendre, qu'elles n'existassent pas. N'était-ce pas déjà l'opinion de notre illustre aïeule, l'Académie de Chirurgie, après les mémoires de Pibrac et de Louis? Mais, j'ai hâte d'ajouter que les bienfaits du drainage étaient à peu près inconnus, et que l'on ne se doutait pas de l'asepsie.

2° *La plaie est douteuse.* Mêmes conclusions, que cette plaie soit chirurgicale ou accidentelle.

3° *La plaie est infectée.* Toute distinction disparaît. Il faut s'efforcer de désinfecter la plaie.

Le meilleur drainage est souvent alors l'absence de drains à proprement parler, mais un tamponnement méthodique avec des mèches, avec de la gaze antiseptique chiffonnée, le tout doublé d'une surveillance rigoureuse du blessé; l'état général étant contrôlé matin et soir par le thermomètre. Un pansement bien fait est le dernier terme de cette chirurgie avec portes et fenêtres ouvertes. Il sera pratiqué avec de la gaze antiseptique; *le pansement moderne qu'elle réalise est, expérimentalement, une réunion de drains.*

Il paraît bien démontré, dans tous les cas, que les propriétés physiques du pansement, qui active, du côté de la plaie, les courants d'osmose et de capillarité, sont des armes puissantes dans la lutte contre les microorganismes.

Telle est, Messieurs, la chirurgie à ciel ouvert, qui a, comme vous le voyez, de nombreuses indications.

Elle ne consiste pas uniquement dans l'emploi de tel ou tel procédé, de tel ou tel moyen de traitement. Elle comprend tout un ensemble de règles thérapeutiques, qui ont pour but de prévenir, plus sûrement, l'infection, et de lutter contre elle.

En terminant, M. le Pr Poncet a, aux applaudissements unanimes de l'assemblée, rappelé les mérites des neuf membres de l'Association décédés dans l'année: MM. Bois (d'Aurillac), Grizou (de Châlons), Sarres (d'Auch), Chipault père, chirurgien de l'hôpital d'Orléans, Guerlain (de Boulogne), Ferron, directeur du service de santé du XIIIe corps, Assaky (de Bucarest), W. Binaud (de Bordeaux) et le Pr Socin (de Bâle).

L. Longuet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE
(XIIIe CONGRÈS)

Séance du 16 octobre 1899.

Hystérectomie abdominale.
(Rapport présenté par M. Ricard.)

M. Ricard envisage l'hystérectomie abdominale totale successivement dans les fibromes, et dans le cancer. Pour les fibromes, il aboutit aux conclusions suivantes :

« Quand un fibrome utérin sera justiciable d'une intervention chirurgicale, l'intervention aura pour but l'extirpation du fibrome. Si la femme est déjà avancée dans la période génitale, s'il y a plusieurs fibromes, si leur masse est petite, si le diagnostic est nettement posé, si le vagin est large, la vulve dilatable, l'utérus abaissable, on aura recours à la voie vaginale. Si la femme est jeune, le fibrome unique et de moyen volume, il est indiqué d'en tenter l'extirpation par une énucléation transutérine, pratiquée de préférence par la voie abdominale. Si le fibrome est volumineux, s'il est multiple, s'il s'accompagne de lésions annexielles, si la femme est âgée — et dans l'immense majorité des cas on trouve l'une ou l'autre de ces conditions, — il faudra sacrifier l'utérus. L'hystérectomie sera alors abdominale. La méthode subtotale est la plus simple, la plus rapide et la plus bénigne. C'est la méthode de choix. »

Pour le cancer, les conclusions de M. Ricard sont les suivantes :

« L'hystérectomie abdominale totale pour cancer est l'opération de choix pour les cas simples, observés tout à fait au début ; elle permet une extirpation large et l'ablation des ganglions pelviens. Sa mortalité tend à s'abaisser de plus en plus et nul doute que cette progression ne continue dans l'avenir. Sa mortalité est à peu près égale actuellement à celle de la vagino-hystérectomie et ses résultats éloignés paraissent dès maintenant meilleurs; ils s'amélioreront encore certainement pour les cas simples. Pour les cas moyens, la laparo-hystérectomie se substitue à la vagino-hystérectomie; elle recule les limites de l'opérabilité dans les cas où celle-ci ne permettrait pas l'intervention. Dans les cas graves très étendus, le chirurgien doit savoir s'arrêter, les récidives paraissent rapides, et si l'opération nécessite de gros dégâts, l'hystérectomie doit céder la place au traitement palliatif. L'hystérectomie vaginale ne peut être envisagée désormais que comme opération palliative; elle supprime l'utérus et laisse, de parti pris, les ganglions. Elle a pour elle sa facilité opératoire, lorsque la lésion est tout à fait limitée au col. Cette facilité d'exécution lui conserve des défenseurs. En réalité l'existence possible d'une adénopathie pelvienne lui enlève toute raison d'être, et si j'étais obligé de formuler une indication qui lui soit propre, je n'en vois aucune, si ce n'est le désir du chirurgien de ne pas recourir à la voie haute, contre laquelle il a une prévention que les faits ne justifient pas. »

M. le Pr Terrier. — Voici les résultats que j'ai obtenus avec l'hystérectomie abdominale pour fibromes : En 1896 j'ai fait 14 opérations et obtenu 14 succès, par conséquent 0 0/0 de mortalité. En 1897, sur 45 opérations j'ai obtenu une mortalité

de 22 0/0. En 1898, j'ai pratiqué 75 hystérectomies et je n'ai eu que 10 insuccès, à savoir une mortalité de 13,33 0/0. Enfin en 1899, sur 59 interventions, la mortalité s'est trouvée à 8,47 0/0.

On constate par cette statistique que, à part la première série de 14 interventions, la léthalité a suivi une progression décroissante de 22 0/0 jusqu'à 8,47 0/0.

J'ai pu constater aussi, par ma statistique, que l'hystérectomie totale était plus grave que la partielle. Ainsi sur les 104 interventions que j'ai pratiquées depuis 1896, l'hystérectomie totale m'a donné une mortalité de 22,85 0/0, tandis que cette dernière atteignait seulement 8,08 0/0 dans la subtotale. Je tiens à ajouter cependant que les cas dans lesquels j'ai fait la totale étaient toujours plus graves.

Si maintenant j'envisage les fibromes que j'ai opérés, dans leurs rapports avec les complications coexistantes, je trouve que : ayant opéré 77 cas de fibromes sans complications et ayant pratiqué 12 fois la partielle et 65 fois la totale, j'ai obtenu 70 guérisons et 7 morts, ces dernières d'accidents pulmonaires, d'hémorragie post-opératoire, de perforation spontanée de l'S iliaque et de septicémie. Dans ce dernier cas le fibrome était suppuré et il me paraît intéressant de faire remarquer que dans les cas semblables il s'agit presque toujours de microbes anaérobies. 11 fibromes étaient compliqués, la plupart des lésions annexielles. Je n'ai eu qu'une seule mort. J'attire l'attention sur une complication exceptionnelle, et dont je n'ai que 2 observations, c'est l'épithélioma concomitant du col.

L'hystérectomie abdominale pour épithélioma doit-elle toujours être totale? Sur 15 opérations de ce genre j'ai à enregistrer 3 morts d'hémorragie post-opératoire, de broncho-pneumonie et de péritonite purulente. Que le vagin soit ou non pris, la différence n'est pas très grande étant donnée la facilité avec laquelle on réséque plusieurs centimètres de sa paroi. Quoi qu'il en soit, cette opération est grave et surtout les résultats éloignés en sont déplorables.

Sur 11 cas opérés 2 malades sont morts après récidive, 2 présentent actuellement une récidive, chez 2 autres on constate des indurations suspectes. Les 3 derniers n'ont point donné signe de vie.

Dans les hystérectomies abdominales pour salpingites suppurées graves j'ai obtenu, sur 17 interventions, dont 16 supravaginales et 1 totale, 3 insuccès, donc une mortalité de 17,64 0/0.

L'hystérectomie abdominale peut enfin être utilisée dans d'autres circonstances : ainsi je l'ai pratiquée dans une grossesse extra-utérine, dans une hématocèle, dans 2 cas de rétroversion, dans la métrite parenchymateuse, 4 fois pour kyste ovavrique, et dans 3 cas de métrorragies.

Cette statistique personnelle me permet d'affirmer que l'hystérectomie abdominale l'emportera fatalement sur la voie vaginale. J'ai apporté à mon opération quelques modifications sur les points suivants : 1° L'hémostase doit être très rapidement faite avec des pinces hémostatiques, qui sont un peu plus grandes pour les pédicules. 2° La suture péritonéale est très utile, et lorsqu'on ne peut pas la faire, il faut drainer.

M. Quénu. — Dans les fibromes, comme dans les salpingites, je pratique l'hystérectomie abdominale, qui est plus facile et présente plus de sécurité que la voie basse. Je suis, pour mon opération, la technique du Pr Terrier et je considère la supravaginale, la subtotale, comme l'opération de choix. Les temps opératoires sont donc ceux du Pr Terrier et je considère la réfection du plancher pelvien comme extrêmement utile. A côté de l'hystérectomie substotate, j'ai fait la totale dans laquelle je procède exactement de la même façon, mais avec pénétration dans le vagin. Enfin je pratique ce que j'appelle l'hystérectomie atypique dans les cas qui échappent à tout plan opératoire fait d'avance. Les résultats que j'ai obtenus sont les suivants.

Depuis le 17 janvier 1896, j'ai fait 114 opérations, dont 38 par la voie vaginale sans insuccès, et 76 par la voie abdominale dont 2 morts, de complications septiques; dans tous les cas, la tumeur avait un poids qui variait de 2 à 5 kilogrammes. J'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale pour salpingites compliquées de métrite invétérée, dans 5 de ces cas j'ai fait la subtotale. Dans les suppurations pelviennes très étendues, je draine la cavité péritonéale; sur 24 abdominales pratiquées dans ces circonstances, je n'ai eu que 1 mort, d'obstruction intestinale, le vingtième jour après l'opération.

Comme d'autre part, sur 76 abdominales tant totales que subtotales j'ai eu 2 morts, il se trouve que, sur 100 opérations j'ai à enregistrer 3 décès, soit une mortalité de 3 0/0.

M. Bouilly. — Dans les fibromes, j'emploie toujours la supra-vaginale, pour les raisons qu'a exposées, dans son rapport, M. Ricard. Cette opération peut rencontrer quelques difficultés, comme l'enclavement du fibrome, son développement dans le cul-de-sac postérieur. Je suis la technique du Pr Terrier, mais j'insiste sur deux points : 1° Sur la nécessité de la péritonisation ; 2° sur l'utilité du drainage dans certains cas, par exemple lorsque les manœuvres auront été trop prolongées. Sur 17 cas de gros fibromes, pour lesquels j'ai pratiqué l'hystérectomie partielle, j'ai 2 morts, de septicémie.

M. Richelot. — Dans l'hystérectomie pour cancer, je déclare que je reste partisan de la voie basse, jusqu'au jour où les progrès de la chirurgie nous auront rendu la voie abdominale plus facile. En effet l'hystérectomie vaginale est bénigne, puisque je n'ai que 6 morts sur 95 cas; elle est efficace, puisque j'ai des survies de 7, 8 et même 12 ans et 12 ans et demi. L'hystérectomie abdominale est quatre à cinq fois plus grave que la vaginale et elle n'arrive guère à des résultats meilleurs au point de vue de la recherche des ganglions, puisque l'évidement du bassin n'est guère possible. En somme, ce qu'il faut avant tout, c'est opérer avant l'envahissement des ganglions, le prévenir, et alors la voie vaginale est véritablement excellente. Mais dans tous les cas d'utérus cancéreux mobile, et facilement abaissable, la voie abdominale peut être employée.

M. Boeckel (de Strasbourg). — Je ne fais d'une façon exclusive, dans les fibromes, l'hystérectomie abdominale totale, sauf pour les petites tumeurs que j'enlève par la voie basse. Je fais l'hémotase avec des pinces; enfin je ne ferme point la cavité péritonéale; l'opération est rendue ainsi plus courte et le drainage ne peut être qu'utile. Sur 50 totales pour fibromes, j'ai 44 guérisons et 6 morts, soit une mortalité de 15 0/0. Conclusions : 1° L'hystérectomie est le seul traitement rationnel des fibromes et il doit se faire dans la plupart des cas pour éviter la suppuration du fibrome, sa gangrène; 2° pour les petits fibromes, je pratique la vaginale; pour les grands, je fais l'hystérectomie abdominale totale; 3° pas de suture du péritoine, drainage.

M. Gross (de Nancy). — J'emploie indifféremment pour les fibromes les procédés d'hystérectomie abdominale de Terrier, de Doyen, de Segond. Je fais l'hémostase avec des pinces et je mets généralement un drain. Sur 48 interventions pour fibromes j'ai eu 3 décès. Sur 12 fibromes avec complications, j'ai également 3 morts à enregistrer. Sur 11 fibromes intraligamenteux j'ai eu, sur 8 cas sans complications, 4 décès, et dans les 3 autres cas, qui étaient compliqués, 3 morts. Donc l'hystérectomie abdominale totale est bénigne et sa gravité apparaît avec les complications. J'ai pratiqué 4 hystérectomies abdominales pour sarcome, avec 1 décès. Enfin sur 8 interventions pour cancer, j'ai 2 récidives, 1 survie de 10 mois et les 2 autres malades ont été perdus de vue.

M. Jacobs (de Bruxelles). — J'emploie indifféremment pour l'ablation des fibromes l'hystérectomie totale ou partielle, et les résultats sont sensiblement les mêmes; ce qu'il importe surtout de prendre en considération, quel que soit le procédé que l'on emploie, c'est la réparation des dégâts que nous produisons dans le bassin, c'est l'autoplastie pelvienne. J'ai fait de 80 à 100 abdominales pour fibrome, sans insuccès. Quant aux suppurations pelviennes, j'ai fait près de 800 hystérectomies abdominales et près de 100 vaginales, sans insuccès appréciables. Pour le cancer, l'opération par voie vaginale n'est qu'un palliatif; par la voie abdominale, il est possible de faire une opération plus complète; mais si l'on n'est pas décidé à aller jusqu'au bout, mieux vaut ne faire qu'une vaginale.

M. Routier. — J'ai fait d'abord l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe et j'ai ainsi opéré 28 malades, dont 5 sont morts. J'ai pratiqué ensuite l'hystérectomie abdominale totale en faisant l'hémostase d'avance avec des ligatures élastiques, par l'ouverture des culs-de-sac vaginaux. Sur 57 malades ainsi opérés, dont 37 pour fibromes et 20 pour suppurations

pelviennes, j'ai perdu 5 malades des premiers et 2 des seconds. Je fis ensuite l'hystérectomie abdominale à la sonde et sur 37 cas, dont 30 pour fibromes et 7 pour salpingites, j'eus 3 morts. Enfin, j'employai le catgut. Quant au procédé lui-même, je n'en ai point et j'emploie indifféremment tel ou tel procédé, suivant la forme ou l'évolution de la tumeur. Un point sur lequel j'insisterai, c'est la nécessité du drainage vaginal qui me paraît très important, quand on ne peut pas faire la péritonisation, ce qui arrive souvent. Enfin je ferme la paroi en faisant un seul plan de sutures; je n'ai jamais observé d'éventration. J'ai fait en tout 179 hystérectomies abdominales totales et 395 hystérectomies vaginales totales et dans les deux cas j'ai une mortalité de 11 0/0. L. LONGUET.

Séance du 17 octobre 1899.

Suite des communications sur l'Hystérectomie abdominale.

M. TUFFIER pratique la supra-vaginale, toutes les fois qu'il lui est possible de le faire; cependant sa façon de faire présente quelques particularités : il conserve les ovaires lorsque leur état de santé le permet; il procède toujours à la ligature des deux pédicules supérieurs d'abord, puis il enlève l'utérus en laissant un fragment de col plus ou moins grand, peu importe, les artères sont liées avec un catgut fabriqué avec les tendons de renne. Quand les fibromes sont petits, et que l'utérus est facilement abaissable, M. Tuffier emploie la voie basse; dans tous les autres cas il a recours à l'hystérectomie abdominale. Cependant il ne faut pas oublier que la myomectomie, soit vaginale, soit abdominale, constitue également un bon procédé et M. Tuffier l'a pratiquée huit fois avec un insuccès. Quant au cancer, ce qu'il faut surtout mettre en relief, c'est que le résultat opératoire dépendra de l'ablation, non des ganglions mais de la lymphangite néoplasique qui se fait rapidement autour du col. M. Tuffier relate enfin ses trois observations de péritonite puerpérale aiguë, qu'il a traitée par l'hystérectomie abdominale totale.

M. HARTMANN présente d'abord sa statistique. 2 infections puerpérales qu'il traita par l'hystérectomie furent suivies de mort. En trois ans, il a fait 88 hystérectomies abdominales dont : 50 totales pour lésions annexielles, avec 1 mort; 31 pour fibromes avec 3 morts; 5 pour cancer avec 6 morts; 1 pour kystes intraligamentaire, suivie de guérison; 1 pour tumeur maligne des ovaires propagée à l'utérus, et suivie de mort. Dans la technique opératoire, M. Hartmann veille surtout à bien limiter le champ opératoire, à supprimer toute ligature en masse, en liant isolément les gros vaisseaux, à tout péritoniser. 46 fois sur 50 il a pratiqué la totale, mais il préfère cependant la subtotale pour les fibromes. Dans le cancer, M. Hartmann a toujours recours à la voie haute, sans cependant avoir grand espoir de tout enlever. Dans le fibrome il rejette la myomectomie, comme n'étant qu'une opération palliative, et il fait l'hystérectomie abdominale. Enfin s'il est possible de conserver les ovaires, il faut le faire. Dans les annexites M. Hartmann pratique l'hystérectomie abdominale, qu'il considère comme peu grave et essentiellement conservatrice. Depuis trois ans il a fait cette opération 76 fois et il n'a eu qu'une mort, de septicémie. Enfin la voie haute permet d'examiner les ovaires et d'en laisser un s'il n'est pas infecté.

M. DOYEN considère que dans l'hystérectomie abdominale, le fait de laisser un peu de col ou pas du tout, n'a aucune importance; de plus il faut appliquer à l'ablation de la tumeur, les règles de la chirurgie générale, et pincer les vaisseaux quand ils saignent. Quant aux ovaires, M. Doyen ne les laisse jamais. Il n'a pas plus de 3 0/0 de mortalité. Pour le cancer il fait depuis très longtemps la laparotomie et il est préférable de la faire lorsque la vaginale présente quelques difficultés; il faut d'ailleurs avoir soin d'enlever surtout les bords du ligament large plutôt que les ganglions. Il est cependant une indication intéressante de l'hystérectomie vaginale, à savoir lorsque la femme est très grasse et l'utérus très petit. Dans les suppurations pelviennes M. Doyen a également pratiqué depuis longtemps la voie haute; il en est au contraire peu partisan dans l'infection puerpérale.

M. DELAGÉNIÈRE (du Mans) insiste surtout sur l'importance et la difficulté de l'hémostase. Sa statistique porte sur 118 cas d'hystérectomie dont 74 pour fibromes, 24 pour cancer ou tumeur maligne et 20 pour suppurations pelviennes. Il emploie le procédé de la décortication de haut en bas, faisant la ligature isolée des artères utéro-ovarienne, utérine et du ligament rond. Il s'est demandé même si la ligature de l'iliaque interne n'amènerait pas l'hémostase et il l'a appliquée aux fibromes. Les différents temps de son procédé sont : 1° Ligature des 2 utéro-ovariennes et section des ligaments larges; 2° ligature du ligament rond; 3° ligature des deux iliaques internes; 4° ablation de la tumeur; 5° fermeture de la collerette, et l'on achève comme d'habitude.

M. MONTPROFIT (d'Angers), sur 90 hystérectomies abdominales totales pour fibromes, a eu 6 décès; 12 cas de subtotales ne donnèrent que 1 mort; mais il ne fait cette dernière que si le col est long et sain. Dans les cas simples la mortalité est presque nulle, mais il faut aussi s'attaquer aux cas difficiles et complexes, au risque de gâter les statistiques. Il ne fait plus jamais la vaginale, si ce n'est pour prolapsus très prononcé de l'utérus ou pour petits fibromes.

M. DELAGÉNIÈRE, dans le cancer utérin, pratique l'abdominale totale et il a 15 observations, dont 1 seul décès; il prend généralement une petite précaution qui consiste à mettre par le vagin quatre pinces sur les points où il veut couper la tumeur; il fait saillir ces points. L'auteur termine en disant que les résultats sont d'ailleurs peu satisfaisants, quel que soit le procédé employé.

M. LEGUEU a appliqué l'hystérectomie abdominale aux fibromes, aux cancers et aux suppurations annexielles; il emploie le procédé de Doyen quand le col est élevé et facilement accessible, sinon le procédé américain lui paraît supérieur. Dans les cancers du col, M. Legueu pratique la voie haute; dans les cas difficiles, avec diffusion du néoplasme, il a essayé la ligature préalable de l'hypogastrique et même de l'iliaque primitives, et il a constaté que ces ligatures n'étaient d'aucune utilité. Les ganglions sont recherchés avec soin et enlevés; l'utérus, une fois libéré, est sectionné de droite à gauche, puis le tissu cellulaire des ligaments larges est soigneusement enlevé; sur neuf cancers ainsi opérés depuis dix-huit mois, quatre ont succombé; les résultats éloignés sont toujours déplorables. En somme, la voie abdominale permet de faire une opération plus complète; mais dans les cancers diffus, elle n'est elle-même qu'un moyen palliatif. Dans les fibromes, M. Legueu emploie la voie haute; sur 30 hystérectomies totales ainsi pratiquées depuis deux ans, il a eu recours 6 fois à la supra-vaginale et toutes ont été suivies de succès. Dans les annexites, M. Legueu a conservé la voie vaginale. Sur 90 opérations il a eu 4 morts; cependant la voie haute lui paraît plus rationnelle et plus conservatrice et souvent l'auteur y a recours. Sur 17 hystérectomies ainsi pratiquées, il y a eu une mort.

M. FAURE n'emploie la voie vaginale que pour les petits fibromes avec utérus mobile et facilement abaissable; dans les autres cas il fait l'abdominale. Pour les cancers, M. Faure est de plus en plus convaincu de la supériorité de l'hystérectomie abdominale, ainsi que pour les lésions annexielles, où elle permet d'enlever tout ce qui est malade et de conserver ce qui n'est pas atteint. Dans les cas compliqués, la section médiane de l'utérus présente des avantages considérables. Enfin dans les cas aigus et graves, comme l'infection puerpérale aiguë, c'est l'hystérectomie vaginale qui doit prendre le dessus. Sur 30 opérations abdominales pour salpingites, l'auteur a eu 3 décès.

M. VILLAR (de Bordeaux) déclare n'être pas compétent pour l'hystérectomie abdominale totale en cas de cancer; pour les fibromes, même volumineux, il emploie la voie vaginale, opération excellente qui ne lui a pas encore donné d'insuccès; en un mot, elle constitue l'opération de choix. Comme technique opératoire, il est éclectique. Il a fait 12 fois la supra-vaginale avec 1 insuccès. Dans les suppurations pelviennes, il admet l'abdominale; dans les cas très difficiles, il enlève d'abord l'utérus, et dans la brèche ainsi faite il met la main et soulève facilement les annexes. C'est dans ces cas aussi que le procédé de Faure est excellent. Comme soins consécutifs, M. Villar donne le traitement ovarien, pour éviter les bouffées congestives si fréquentes après la castration bilatérale.

MM. Picqué et Mauclaire présentent quelques renseignements sur l'*envahissement ganglionnaire dans le cancer utérin*. Dans une observation de cancer datant de 6 mois, il n'y avait point de ganglion. Dans une deuxième observation de cancer du col datant de 2 ans, on trouva une masse énorme à droite et à gauche au niveau de la bifurcation iliaque et le long de la veine cave. Troisième observation : Cancer du col datant de 6 mois, pas de ganglion. Quatrième observation : Cancer du corps, datant de 6 mois environ, 1 ganglion à la bifurcation de l'iliaque primitive, mais que le microscope montra comme n'étant point cancéreux. Cinquième observation : Cancer du col datant de 9 mois, pas de ganglions. Sixième observation : Cancer de l'isthme de l'utérus datant d'environ 6 mois, on trouva au niveau de la bifurcation iliaque 1 ganglion que le microscope démontra cancéreux. M. Mauclaire termine en disant qu'il s'est rallié à l'abdominale totale, qu'il a pratiquée 13 fois avec 1 insuccès.

M. Jonnesco a fait depuis 1896, 81 hystérectomies abdominales totales, dont : 10 pour cancers, 22 pour fibromes, 15 pour annexites non suppurées, 14 pour annexites suppurées, 2 pour hystérie grave, 2 pour prolapsus génital grave. Cette statistique montre qu'il existe d'autres indications de l'hystérectomie que les fibromes, les cancers et les annexites, à savoir les hystéries graves et les prolapsus génitaux très marqués.

Pour le cancer, il faut choisir la voie abdominale, qui n'est souvent, elle-même, qu'un palliatif. Pour les fibromes la subtotale est incontestablement supérieure ; elle est facile, rapide, et ne s'accompagne point d'hémorragie, ni d'infection par le vagin. Dans les annexites c'est encore l'abdominale totale qui est l'opération de choix. La meilleure technique est la décortication du haut en bas, avec réfection du péritoine pelvien. Dans quelques cas le drainage vaginal devient nécessaire, telle l'impossibilité de recouvrir le plancher pelvien.

M. Phocas (de Lille) désire que les éclatants succès de la laparotomie ne nous fassent pas oublier les ressources de la voie vaginale. Comme technique opératoire de l'hystérectomie abdominale, M. Phocas emploie un procédé mixte qui tient à la fois du procédé de Doyen et du procédé américain. Il dérive surtout de ce dernier, auquel l'auteur associe la dissection préalable du lambeau séreux antérieur et la suppression partielle de l'hémostase préventive. La supra-vaginale est préférable à la totale, surtout quand le col est parfaitement sain ; sur 13 malades opérés par la subtotale, M. Phocas en a perdu 2 seulement.

M. Moulonguet (d'Amiens) a posé les règles suivantes pour l'hystérectomie abdominale : 1° Se servir du plan incliné et de la grande valve ; 2° isolement et protection de la vessie ; 3° hémostase complète avant la fermeture du ventre ; 4° dans les fibromes, le but c'est l'ouverture rapide du vagin, pour saisir le col et terminer rapidement l'opération.

Dans les suppurations pelviennes, la conduite sera sensiblement la même. Dans les cancers du col, il faut, avant tout, éviter l'infection, couper les ligaments larges, assurer l'hémostase, ne pas relever le col dans la cavité abdominale, ne toucher ni l'intestin, ni la paroi, ouvrir le vagin le plus haut possible.

M. Vidal (de Périgueux) insiste sur un point intéressant. Faut-il opérer les petits fibromes sans accidents ? Si l'on se souvient que l'on a à craindre la dégénérescence du fibrome et les complications rénales, on est tenté de les opérer. M. Vidal apporte à l'appui de cette thèse 2 observations fort intéressantes.

Schwartz.

Séance du 18 octobre 1899 (matin).

Sur un cas d'abcès extra-dural.

M. Moure (de Bordeaux). — Il s'agit d'un malade ayant eu deux ou trois ans auparavant une otite moyenne aiguë suppurée qui sembla tout d'abord se terminer par une mastoïdite. Une incision faite en arrière de l'apophyse mastoïde donna issue à un peu de pus, puis l'oreille se cicatrisa ainsi que l'apophyse mastoïde. Il ne resta plus qu'un trajet fistuleux occasionnant, lorsque le pus ne pouvait pas s'écouler, quelques maux de tête au malade. A l'opération, on trouva au niveau de l'abcès un petit trajet contenant des fongosités qui tout d'abord paraissaient aller du côté de l'angle mastoïdien, mais bientôt M. Moure s'aperçut que cet orifice communiquait largement avec la cavité cranienne, car à peine l'ouverture fut-elle agrandie qu'une énorme quantité de pus, au moins un demi grand verre, s'écoula, sortant par jets isochrones aux battements du pouls. Une fois le foyer vidé, on voyait dans le fond le cerveau refoulé ainsi que la tente du cervelet. L'ouverture cranienne fut largement agrandie, de manière à pouvoir curetter l'intérieur de l'abcès, puis drainage. Le malade guérit sans incident, en quatre semaines.

M. le Dr Suarez de Mendoza (de Paris) insiste sur les avantages que présente la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. Il expose une nouvelle série de cas heureux et fait une étude complète de la question. Après en avoir tracé l'historique et revendiqué la paternité de la méthode, l'auteur décrit le manuel opératoire, discute les modifications introduites dans ces dernières années par les oculistes qui l'ont adopté, apporte un grand nombre de faits à l'appui de son procédé et termine en énumérant les avantages que ce procédé présente.

M. Rivière relate l'observation d'une malade soignée depuis six ans pour de l'ozène et chez qui furent extirpées six petites tumeurs osseuses du volume d'une noisette ou d'une petite noix. L'ablation de cet ostéome fut faite par les voies naturelles, très supérieures, surtout chez les malades dont les fosses nasales sont pathologiquement élargies, aux voies artificielles.

MM. A. Poncet et L. Bérard. — Il est une forme de cancer du pharynx que tous les cliniciens connaissent bien, et que l'on a appelée « forme ganglionnaire », parce que pendant tout ou partie de son évolution, elle ne se révèle à l'examen clinique que par un engorgement des ganglions cervicaux, surtout des ganglions carotidiens. Chez ces malades, la déglutition peut être normale, la douleur absente, l'exploration pharyngolaryngée au doigt ou au miroir négative ; à cause des caractères de l'adénite et de la cachexie progressive qui l'accompagne, on fait le diagnostic de cancer latent du pharynx ou de l'œsophage, ou de tout autre organe de la région. A l'autopsie, on trouve dans certains cas la tumeur primitive dans une petite ulcération des gouttières pharyngo-laryngées, ou des logettes amygdaliennes, ainsi que nous l'avons observé chez deux sujets : le cancer s'enfonçait alors en diffusant vers les plans profonds, s'étalait comme un véritable néoplasme sous-muqueux, et présentait des connexions immédiates ou lointaines par l'intermédiaire des lymphatiques, avec les ganglions envahis secondairement. Mais il des cas aussi où l'on constate seulement une induration, assez peu caractéristique au premier abord, des tuniques sous-muqueuse et musculeuse, et pour lesquels même, après un examen microscopique, parfois peu satisfaisant, on s'arrête à l'idée de sarcome des éléments conjonctifs des parois du pharynx. C'est à ces derniers faits que se rattache l'observation que nous présentons, où il s'agissait d'une tumeur maligne, d'un rhabdomyome malin des muscles striés du pharynx. Sans vouloir prétendre que ce type de tumeur (rhabdomyome malin) soit d'observation fréquente, nous pensons que nombre de tumeurs des organes pourvus de muscle strié peuvent reconnaître cette origine.

M. Suarez communique le procédé qu'il emploie depuis douze ans pour obtenir la cure radicale et rapide des obstructions nasales. Aux divers procédés créés par Hayek, Krieg, Cholewa, Petersen, Chatelier et autres, il substitue systématiquement l'emploi de la scie tubulaire mue par le tour de White ou mieux encore par le moteur électrique, modifiant le manuel opératoire de façon à faire, au lieu d'une intervention aveugle, une opération précise, facile et méthodique.

MM. Poncet et Rivière tirent de l'examen de 47 observations de cancer thyroïdien les conclusions suivantes : le cancer thyroïdien est une affection fréquente. Il se développe quatre fois sur cinq sur un goitre préexistant et chez des gens plus régulièrement âgés que la moyenne des cancers. Il se manifeste d'abord par un accroissement rapide du cou, par des douleurs parfois très vives, dont la caractéristique est l'irradiation vers la nuque, l'oreille, la face. A ce moment surviennent des troubles dyspnéiques, dysphoniques, dysphagiques, qui hâtent l'affaiblissement du malade. La tumeur dure, fixée, déplaçant

brutalement les organes du cou, accompagnée de ganglions, n'ulcère la peau que rarement et est souvent sillonnée d'énormes veines. Les malades meurent en six à sept mois, quelquefois en 15 jours à six semaines. La chirurgie semble impuissante dans la plupart des cas. La thérapeutique doit être préventive, il faut enlever tout goitre fonctionnellement gênant.

M. Delagénière (de Tours) insiste sur les avantages de la trachéotomie dans les interventions bucco-pharyngiennes, elle permet d'opérer lentement, sans crainte de mort par hémorragie, et surtout de faire une éradication plus soignée et plus complète du néoplasme, par exemple d'un polype naso-pharyngien.

M. Morestin rapporte deux exemples intéressants de goitres secondairement basedowifiés qui ont guéri par une intervention chirurgicale locale (énucléation), complètement dans un cas, incomplètement dans l'autre. Il relate un autre des cas d'angiomes étendus de la zone, qui ont disparu à la suite d'application de la méthode sclérogène. L. Longuet.

Séance du 18 octobre (Soir).

M. Auvray présente trois observations de *plaies pénétrantes de l'espace de Traube*, plaies rares et fort intéressantes par ce fait qu'il y a des lésions dans les deux grandes cavités, thoracique et abdominale. Les lésions thoraciques sont généralement de second ordre, la languette pulmonaire étant mince et mobile. Il en va tout autrement des viscères abdominaux, le foie et l'estomac qui peuvent être atteints tous deux ; l'estomac présente souvent une perforation de sa paroi postérieure et il faut toujours y penser et la rechercher, ce qui est parfois difficile ; aussi M. Auvray recommande dans ce cas de faire une incision latérale gauche, parallèle au rebord du thorax, rejoignant l'incision verticale et même de réséquer les 7e, 8e, 9e, 10e cartilages costaux.

M. Dor compare la sécrétion des cellules qui tapissent les kystes dans la maladie kystique à celle du colostrum et il pense que la maladie décrite par M. Reclus n'est ni un épithélioma ni une mastite chronique, ni un angione glandulaire, mais bien une maladie spéciale, expression d'une lactation anormale, provoquée par une irritation pathologique de l'utérus dans les métrites et au moment de la ménopause.

M. Braquehaye, en son nom et en celui de M. Binaud, présente quelques modifications qu'il a apportées au *procédé de Dalstein dans l'amputation du sein*. Ce dernier chirurgien, en effet, divise son opération en 15 temps, que MM. Binaud et Braquehaye ont réduits à 5. 1° Incision en raquette telle qu'on obtient, pour la dissection de l'aisselle, un petit lambeau triangulaire. 2° Amputation du grand pectoral, au ras de ses insertions costales d'une part, et d'autre part à son insertion humérale, éviter d'ouvrir la plèvre en pinçant maladroitement les perforantes des intercostales antérieures. Excision de l'aponévrose du petit pectoral. 3° Recherche du paquet vasculo-nerveux au bistouri ou au ciseau courbe ; on sectionne les branches veineuses au ras du gros vaisseau. 4° Curage de l'aisselle et hémostase. 5° Suture et drainage à la base du petit lambeau. L'excision du grand pectoral donne une gêne insignifiante, le plus souvent nulle.

M. Delagenière (du Mans) divise les *fractures de la colonne verticale en spontanées et traumatiques*, mais en insistant sur ce fait que cette distinction n'a point de raison d'être pour le chirurgien qui s'occupe surtout des lésions de la moelle ; toutes les fois qu'il n'y aura pas destruction complète de cet organe, il faut intervenir ; malheureusement il est fort difficile de diagnostiquer l'état des lésions. Aussi, dans les compressions médullaires faut-il une opération précoce.

M. P. Redard expose la *méthode de redressement forcé* qu'il a adoptée depuis longtemps pour le *traitement de certaines variétés de scolioses*. Après une cure préparatoire destinée à assouplir le rachis, on redresse et on corrige par la force, en une seule séance, généralement sans anesthésie, les courbures scoliotiques et la gibbosité. Les courbures étant placées en contre-déviation, les attitudes vicieuses du tronc, du bassin et des épaules étant corrigées, on immobilise sous un appareil plâtré en ayant soin d'incliner et de fléchir le tronc du côté opposé à l'attitude vicieuse, dans le but de modifier favorablement les conditions statiques du scoliotique. La durée du traitement est variable. Dans les cas graves, on doit corriger graduellement la difformité par des séances successives de redressement pratiquées tous les deux ou trois mois. Le redressement forcé convient surtout aux scolioses rachitiques et aux scolioses graves de l'adolescence rebelles aux traitements orthopédiques habituels. Il convient aussi aux scolioses à évolution rapide, aux scolioses réductibles et moyennement rigides, aux scolioses caractérisées par des attitudes vicieuses du tronc.

Le traitement agit surtout sur l'élément attitude. Il donne d'excellents résultats dans les scolioses invétérées avec déformations notables. M. P. Redard décrit en détail les appareils qui lui servent à exécuter le redressement forcé et à placer le tronc en bonne position avant l'immobilisation sous le plâtre. Il donne le résumé de ses observations et présente des photographies qui démontrent les redressements obtenus dans des cas de scolioses graves.

M. Chipault donne une classification des *paralysies pottiques*. Au point de vue moteur il existe deux topographies : une topographie radiculaire et une médullaire. Au point de vue sensitif une topographie radiculaire sus-ganglionnaire : une radiculaire sous-ganglionnaire, et une topographie médullaire.

Estomac.

M. Monprofit (d'Angers) apporte ses résultats de *gastro-entérostomie* et de *pylorectomie*. Sur 11 gastro-pylorectomie pour cancer il a eu 8 guérisons et 3 morts. Il a 34 interventions de gastro-entérostomie pour cancer, dont 3 insuccès ; 4 opérations semblables pour affections non cancéreuses ont été suivies de guérison. Il a employé les 3 procédés, antérieure, postérieure et en Y, et il les pratique avec une simple aiguille à couturière et de la soie fine. Pour avoir de bons résultats, il faut que l'intervention soit précoce ; plus tard, au contraire, quand l'intervention ne peut plus être radicale, il vaut mieux faire une simple anastomose.

M. Hartmann demande la parole pour montrer que la *gastro-entérostomie* est, en effet, une excellente opération et les statistiques depuis plusieurs années montrent que les résultats donnent une amélioration progressive. Il faut l'appliquer non seulement dans le cancer, mais dans l'ulcère à hémorragies répétées. Même amélioration des résultats en ce qui concerne la gastrectomie ; cependant il faut en restreindre un peu les indications, et ne pas opérer les cas où il y a un envahissement ganglionnaire trop marqué. M. Hartmann conclut que le cancer de l'estomac est de plus en plus du domaine chirurgical et qu'on ne saurait trop le répéter aux médecins.

M. Jonnesco présente une observation de *dilatation de l'estomac* dans laquelle, au lieu de pratiquer, selon son habitude, soit la gastrorraphie, soit la gastropexie, soit la gastro-entéro-anastomose, autant d'opérations qui, isolément, sont insuffisantes, il a eu recours à l'association de ces procédés, faisant d'abord la gastrorraphie, puis l'anastomose gastro-jéjunale et jéjuno-jéjunale, pour finir par la gastropexie. La malade guérit de sa dilatation et M. Jonnesco se demande si cette technique n'est pas appelée à donner d'autres bons résultats.

M. Pantaloni (de Marseille) rapporte un ensemble de 15 *gastro-entérostomies postérieures* par le procédé en Y, suivant la technique de Roux (de Lausanne) et les résultats ont été excellents ; cette opération présente comme avantages : 1° De faciliter l'évacuation de l'estomac ; 2° de rendre impossible le reflux des aliments dans le duodénum exclu ; 3° d'empêcher le reflux de la bile dans l'estomac ; 4° de permettre aux malades de manger de suite ; 5° de fournir un véritable pylore qui de suite fonctionne très bien.

M. Jourdan (de Marseille) rapporte une observation fort intéressante d'*ulcère de l'estomac invétéré* qu'il traita par la gastro-entérostomie postérieure et dont il obtint la guérison ; ce procédé est excellent à la fois contre les vomissements et les hématémèses ; il fait cesser l'acidité du suc gastrique.

M. Doyen demande la parole pour présenter un nouveau bouton qu'il a imaginé pour la *gastro-entérostomie* ; et pour

ceux qui n'aiment pas les boutons, il a fait construire une pince spéciale qui permet de faire l'opération aussi rapidement qu'avec le bouton de Murphy, tout en faisant des sutures.

M. MAUCLAIRE présente au Congrès une observation d'un anus colo-vaginal survenu dans une hystérectomie vaginale, qu'il traita par la laparotomie, la suture latérale, et qui fut suivi de guérison.

MM. BÉRARD et DELORE ont observé, en 2 ans, 6 cas de *volvulus de l'intestin grêle,* chez l'adulte; la cause prédisposante semble être généralement l'allongement du mésentère par l'engagement habituel d'un anse dans une ancienne hernie; presque tous les malades ont été opérés en pleine péritonite, 4 ou 6 jours après le début des accidents. Le tableau clinique est celui de l'occlusion aiguë. La laparotomie s'impose et souvent l'état de l'anse tordue oblige le chirurgien à faire une résection, ce que les auteurs firent 1 fois en réséquant 8 centim. d'intestin.

M. MONPROFIT relate une observation fort curieuse de *hernie inguinale* énorme, dans laquelle, au moment de l'intervention, il se vit obligé de réséquer l'intestin hernié; et à sa grande stupéfaction, il constata qu'il avait enlevé 3 m. 10 d'intestin, dont 50 centim. de gros intestin; le malade d'ailleurs s'en tira parfaitement, et il se porte très bien, avec cette différence qu'il est obligé de s'abstenir de viande, cette dernière lui donnant la diarrhée.

M. THIERRY s'élève contre *l'emploi abusif du bandage herniaire* pour le traitement des hernies; il n'est pas vrai, comme l'avait dit Trélat, que toute hernie soit facilement, constamment et complètement réductible et passible d'être traitée par un bandage; la hernie est une infirmité, et il faut l'opérer; aussi est-il déplorable de voir l'Assistance publique dépenser 70.000 francs par an pour les bandages délivrés aux malades sur la présentation d'un simple bon. Jamais personne n'a tiré aucun avantage du bandage herniaire.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE s'élève contre cette dernière affirmation en disant que si, en général, la hernie, une véritable infirmité, doit être traitée par la cure radicale, il n'en reste pas moins vrai que certaines hernies, chez certaines personnes, les vieillards par exemple, doivent être maintenues par un bon bandage.

Tumeurs des os.

(Rapport présenté par MM. Maurice POLLOSSON et Léon BÉRARD, de Lyon).

Une classification rationnelle des tumeurs des os, basée sur l'étiologie et la pathogénie, ne saurait être tentée actuellement, les données fournies par le microscope, les cultures ou les inoculations étant encore fort peu précises. La base de classification la plus solide est encore l'histologie, et c'est en partant de la loi de Wirchow, corrigée par Bard : *Omnis cellula e cellula ejusdem naturæ*, que l'on arrivera au groupement le plus rationnel. Il faut donc admettre avec M. Bard que les tumeurs primitives du squelette proviennent toujours et proviennent seulement des cellules constitutives des tissus osseux nouveaux; la tumeur sera maligne ou bénigne, suivant que la multiplication des cellules filles sera plus ou moins hâtive, suivant que ces cellules filles resteront à l'état embryonnaire ou se rapprocheront de l'état adulte. Les productions myéloïdes (tumeurs à myéloplaxes) se rapprocheraient plutôt des inflammations chroniques que des tumeurs.

L'anatomie pathologique n'est pas faite pour toutes les tumeurs des os.

Les fibromes, nés des cellules conjonctives adultes, sont presque tous périodiques, quelques-uns intra-osseux; ils sont tous constitués par des cellules conjonctives, fusiformes ou polygonales, disposées en traînées que séparent des faisceaux de tissu conjonctif.

Les sarcomes fuso-cellulaires, produits par des cellules conjonctives plus jeunes, sont plus fréquents, tantôt au centre des os (mâchoires), plus souvent à la périphérie. On trouve dans ces tumeurs toutes les variétés de cellules, depuis les cellules très jeunes jusqu'à celles voisines de l'état adulte.

Les tumeurs des cellules adipeuses (lipomes) sont presque toujours périostiques et implantées au voisinage des cartilages épiphysaires: on est tenté pour elles, comme pour les tumeurs analogues du crâne et de la colonne vertébrale, de les considérer comme d'origine dystrophique, congénitale ou inflammatoire; le peu d'unité dans la structure histologique vient à l'appui de cette hypothèse. Aux lipomes se rattachent les myxomes osseux, que l'on a considérés comme dérivant plutôt des cellules adipeuses multipliées à l'état jeune.

Les ostéomes, séparés des tumeurs osseuses d'origine inflammatoire, traumatique ou autre, naissent bien à l'état de tumeur, c'est-à-dire qu'ils se développent par multiplication directe des ostéoblastes, sans passer par le stade cartilagineux ou fibreux.

La question des ostéosarcomes est beaucoup moins discutée. Mais, schématisant les classifications de nos auteurs, il faut n'admettre que deux classes de sarcomes osseux, les sarcomes de l'ossification médullaire et les sarcomes de l'ossification périostique, les ostéomes malins médullaires et les ostéomes malins périostiques. Dans chaque classe on trouvera différentes variétés, suivant que la cellule qui la caractérise se multiplie à un stade plus avancé. En général, les sarcomes centraux sont formés d'éléments plus jeunes et par conséquent de nature plus maligne. Ces tumeurs sont quelquefois envahies par des vaisseaux sanguins d'un développement tel que l'on croit avoir affaire à un véritable anévrisme; d'ailleurs, de nombreux auteurs expliquent ainsi les prétendus anévrismes des os. Enfin viennent les chondromes, nés des cellules cartilagineuses du cartilage de conjugaison le plus souvent et qui peuvent, comme les autres tumeurs, être bénins ou malins, suivant l'âge de la cellule néoplasique. Les tumeurs épithéliales sont toujours dues à la prolifération des cellules épithéliales du revêtement muqueux, incluses dans l'os avec des germes dentaires et restées elles-mêmes inutilisées (Malassez).

La symptomatologie de ces tumeurs est partout bien décrite. C'est la douleur, plus intense dans les sarcomes profonds, la tumeur, l'hyperthermie locale, la crépitation parcheminée, la circulation collatérale sous-cutanée, l'absence de réaction articulaire. Un nouveau moyen de diagnostic, assez précis lorsqu'il s'agit des membres, nous est fourni par les rayons X. Ils nous permettront de découvrir les points suivants : 1° L'affection siège t-elle dans l'os ou à son voisinage? 2° S'agit-il d'une tumeur? Il est difficile, et souvent impossible de déterminer la nature histologique de la tumeur. 3° La tumeur est-elle circonscrite ou diffuse? 4° Distinction des tumeurs à myéloplanes d'avec les autres néoplasmes; point très important, puisque cette dernière forme seule autorise des opérations partielles.

Le traitement consiste dans : l'ablation de la tumeur lorsqu'elle est bénigne; la résection et l'amputation dans la continuité pour les tumeurs à myéloplaxes; l'amputation à distance pour les tumeurs malignes des os. Malheureusement, dans ce dernier cas, quelque précoce que soit l'intervention, les avantages de l'opération sont très faibles. SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 octobre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. le Pr BOUCHARD.

M. ROGER, ayant observé le rôle de barrière du foie dans les infections microbiennes, a étudié ce point spécial pour le microbe de l'*entérite dysentériforme* sur 4 lapins injectés dans la veine porte avec 5 à 10 gouttes de culture âgée de 3 à 4 jours; la mort a été simultanée avec celle des lapins inoculés dans les veines périphériques. Pour les cultures de 6 à 12 heures, les lapins inoculés dans la veine porte ont survécu, les autres sont morts. L'action du foie, complète sur le microbe pur, se perd lorsqu'il est accompagné de produits solubles. Les bacilles sont rapidement détruits dans le foie; chez un lapin cependant il y eut des abcès miliaires; chez un autre plusieurs petits abcès agglomérés avaient contracté des adhérences avec le diaphragme et produit de la pleurésie de voisinage fixant la base du poumon, préparant ainsi la vomique si fréquemment observée en clinique. M. Roger a inoculé 33 lapins avec divers pyogènes, dans la veine porte, sans produire

d'abcès du foie. Ce microbe de l'entérite dysentériforme mérite donc de nouvelles recherches, car il peut s'agir d'une affection spéciale à distinguer de la dysenterie vraie comme on a distingué du choléra les diarrhées cholériformes.

M.-J. Ch. Roux a, dans trois cas de *tabes*, étudié les fibres à myéline du *grand sympathique*. Ces fibres constituent le protoneurome sympathique et unissent les ganglions sympathiques au système nerveux central; elles sont nombreuses dans le grand splanchnique, le sympathique thoracique et le cordon sympathique cervical. Elles se relient à deux groupes : les grosses fibres à myéline de 15 μ, peu nombreuses; les petites de 5 μ.

Dans les 3 cas de tabes, les petites fibres sont très diminuées de nombre, d'environ 1/3 ou 1/2. Par contre les grosses fibres à myéline sont intactes. Celles-ci, en effet, proviennent des ganglions rachidiens qui sont intacts dans le tabes; les petites qui proviennent des racines postérieures dégénèrent et disparaissent à mesure que ces racines s'atrophient. La lésion de ces petites fibres à myéline explique les analgésies viscérales du tabes.

MM. Toulouse et Raschide. — La narine gauche est plus sensible à l'olfaction que la droite, ce qui est dû sans doute à la prédominance de l'hémisphère gauche ; on sait que les nerfs olfactifs ne s'entrecroisent que peu ; les nerfs tactiles s'entrecroisent au contraire, aussi la sensibilité à l'ammoniaque est plus marquée dans la narine droite.

M. Hébert (de Rouen) a étudié la morphologie et les caractères biologiques du microbe de l'ozène de Löwenberg.

M. Railliet étudie la *bilharzie* du bœuf ; ce parasite se retrouve en Sicile, en Egypte et jusqu'en Cochinchine.

M. Bourquelot établit la formation du *mannose* par ferments solubles. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 octobre 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Evolution rapide de la tuberculose après l'accouchement.

M. Doléris rapporte deux faits fort bien étudiés de tuberculose ancienne prenant après l'accouchement une allure suraiguë. Il s'agit d'une infection générale plutôt que d'une poussée de granulations récentes. Dans ces deux cas M. Doléris a recherché le bacille tuberculeux dans le sang, par injection au cobaye; les deux recherches ont été positives. Il semble donc que l'accouchement peut provoquer une mobilisation des bacilles, avec envahissement du sang, véritable septicémie tuberculeuse analogue à ce qui s'observe dans certains cas à la suite d'opérations chirurgicales. Cette septicémie est, sans doute, assez intense pour entraîner rapidement la mort par elle-même, avant que des granulations grises aient eu le temps de se constituer.

Tumeurs de la vessie.

M. J. Bœckel (de Strasbourg) recommande l'emploi de la taille sus-pubienne pour aborder la vessie lorsque cette dernière est le siège de tumeurs. Ce procédé permet d'aborder facilement et largement la tumeur et de l'extirper complètement. Lorsque l'extirpation a été complète, s'il s'agit d'une tumeur bénigne, la guérison est durable et même définitive, ainsi que le prouvent plusieurs faits communiqués par M. Bœckel. Dans ces cas il s'agirait de papillomes bénins.

Aortite et paludisme.

M. Laveran présente un travail du Dr Cardamatis (d'Athènes). Ce travail nie toute relation entre le paludisme, observé par milliers de cas dans les plus mauvaises régions de Grèce, et l'aortite. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 octobre 1899. — Présidence de M. Troisier.

Paralysies de la chorée.

M. Londe fait remarquer que les paralysies existent dans la chorée et dans la maladie de Basedow et offrent des caractères semblables dans ces deux affections. Ces paralysies ou plutôt ces parésies ont une intensité variable et des sièges variables, il n'y a ni amyotrophie, ni arthropathies. M. Londe se demande si ces paralysies ne sont pas dues à des troubles fonctionnels du cervelet. L'asthénie qui les accompagne est ordinaire dans les troubles fonctionnels du cervelet et plusieurs faits cliniques semblent venir à l'appui de cette hypothèse.

M. Béclère est convaincu que dans le goitre exophtalmique, nombre de cas de parésies ou de paralysies sont d'origine hystérique.

M. Londe a constaté des paralysies chez les basedowiens qui n'étaient pas hystériques.

M. Faisans lit le discours qu'il a prononcé au nom de la Société médicale des Hôpitaux aux obsèques de M. Jules Simon.

Herpès confluent généralisé dû à l'ingestion de moules.

M. Rendu a observé dans son service un cas d'herpès tellement confluent, surtout sur la face et la nuque, qu'au premier abord on aurait pu croire à une éruption variolique. Un examen moins superficiel permettait de constater la symétrie de l'éruption par groupes irréguliers, surtout au niveau de la nuque et de la face. Le malade était un homme robuste, bien portant en temps ordinaire, qui avait été atteint d'une syphilis 17 ans auparavant. Quatre jours avant l'éruption, le malade avait absorbé une grande quantité de moules crues qui avaient déterminé des troubles toxiques (état gastrique, fièvre, courbature). M. Rendu fait remarquer que les intoxications alimentaires donnent ordinairement des éruptions d'urticaire ou d'érythème polymorphe, dans ce cas il y a une éruption herpétique qui n'est pas ordinaire.

M. Du Castel constate que les éruptions cutanées ne sont survenues que le cinquième jour après l'ingestion des moules, tandis que, le plus ordinairement, les éruptions d'urticaire surviennent quelques heures après l'absorption du poison.

M. Mosny fait remarquer que dans l'ingestion d'un mollusque les accidents toxiques qui en dérivent proviennent non du genre du mollusque, mais des conditions où vivaient ces mollusques. Il cite des cas de fièvre typhoïde causés par des huîtres, des troubles diarrhéiques ou de gastro-entérite dus à des mollusques élevés dans des parcs malpropres infectés par des égouts.

M. Legendre diviserait les cas en plusieurs catégories : 1° les accidents toxiques qui surviennent quelques heures après; 2° les accidents infectieux qui évoluent après une incubation plus longue. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 octobre 1899. — Présidence de M. Jullien.

M. le Président annonce la mort de M. Henry Morau, membre de la Société qui disparaît en pleine activité physique et intellectuelle.

M. Buret, secrétaire général, lit le discours qu'il a prononcé au nom de la Société de Médecine de Paris, à l'inauguration du monument Duchenne, à Boulogne-sur-Mer, le 21 septembre 1899. Après avoir fait un exposé rapide des travaux et des mérites du savant, M. Buret termine ainsi : « Il y a quelque vingt ans, alors que j'étais externe à l'hôpital Saint-Antoine, je causais avec un jeune médecin des hôpitaux, aujourd'hui professeur agrégé à la Faculté. « Voyez-vous, me disait-il, de tout ce déluge d'imprimés, de livres, de publications de toutes sortes, dont nous sommes inondés dans cette seconde moitié du siècle, il ne restera peut-être qu'une seule œuvre, celle de Duchenne de Boulogne. » J'ai pu vérifier plus tard combien cette appréciation était juste. Duchenne fait partie de cette pléiade de grands hommes que notre ville — nous avons bien le droit de le dire — a le légitime orgueil d'avoir enfantés. Au reste, c'est une spécialité en quelque sorte. Regardez autour de vous : dans la marine et dans l'armée, à l'Institut, dans les arts et dans l'industrie, dans les sciences comme dans les lettres, dans les sphères officielles ou même gouvernementales, partout enfin où il faut des hommes d'élite, la ville de Boulogne est ou a été représentée. Au nom de la *Société de Médecine de Paris*, je salue en Duchenne un de ses plus illustres enfants. »

M. Jullien lit à la Société, la communication qu'il a faite au Congrès de Bruxelles *sur les vénériennes à Saint-Lazare*. Dans cet intéressant mémoire, M. Jullien donne une statistique détaillée portant sur la proportion des filles soumises et des clandestines, l'âge des malades et la nature des maladies observées.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Rédacteur spécial : M. le Dr KOENIG (de Paris).

I. — **Atlas manuel des maladies externes de l'œil** ; par HAAB, édition française, par TERSON. 40 pl. chromolithographiées, etc. (J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1899.)

I. — Ce livre est conçu dans le même esprit que l'*Atlas manuel d'ophtalmoscopie* paru l'an dernier. Les planches de ce nouvel atlas, dues au peintre Finck forment une iconographie des affections extérieures de l'œil et de ses annexes, et même de celles dont les propagations dangereuses exigent une connaissance plus complète. L'ouvrage débute par un exposé des différents modes d'examen et d'exploration de l'œil et de ses fonctions. Dans les chapitres suivants on trouve l'étude des maladies de la conjonctive divisées en inflammations généralisées et localisées ; des maladies de la cornée, de la sclérotique, du tractus uvéal, des maladies du cristallin, du corps vitré. Les deux dernières parties sont consacrées au glaucome et aux maladies de l'orbite. Partout le texte de Haab est émaillé d'aperçus originaux, par le Dr Terson, d'additions qui ont surtout un caractère clinique et thérapeutique.

Quant aux planches chromolithographiées elles sont merveilleuses, et l'art du peintre a atteint un degré de perfection que nous n'avons rencontré que dans les atlas allemands. Elles sont d'un *réalisme* saisissant. Je signalerai plus particulièrement les planches 6, 7, 12, 15, 20. Rien n'est plus difficile que la reproduction des fins détails minutieusement nuancés des affections de la cornée et de l'iris. Dans le livre de Haab-Terson, elle est absolument parfaite ; impossible après avoir considéré une fois ces lésions types de ne pas les avoir gravées dans la mémoire. Il faut féliciter M. Terson d'avoir poursuivi une œuvre si heureusement commencée. Le public français fera à cet ouvrage l'accueil qu'il mérite. Les étudiants, les médecins et même des professionnels pourront le consulter avec le plus grand profit.

II. — **Des collyres huileux** (Académie de Médecine, janvier 1999), par M. SCRINI.

II. — Après avoir exposé dans sa thèse inaugurale l'étude des collyres huileux, préconisés par le Pr Panas, l'auteur a poursuivi ses recherches et fait connaître le résultat de ses recherches sur la duboisine, l'homatropine, la mydrine, la tropacocaïne, l'eucaïne B, l'holocaïne, etc. Sur les conseils de M. Panas, M. Scrini a étudié principalement l'action des collyres huileux dont la supériorité sur les collyres aqueux est manifeste. Pas de larmoiement, pas de spasme de l'orbiculaire, asepsie parfaite qui permet de conserver le collyre huileux plusieurs mois sans altération. L'action du collyre est beaucoup plus efficace et plus rapide. Une goutte de cocaïne en solution huileuse à 2 0/0 suffit pour l'anesthésie. L'ésérine, en solution huileuse, se montre beaucoup plus énergique. Le seul inconvénient du collyre huileux est l'irritation consécutive et pour l'éviter il faut que l'huile soit débarrassée de l'acide oléique qu'elle contient. Pour la cocaïne on formulera ainsi :

Huile d'olives fraîche convenablement lavée à l'alcool et stérilisée.	10 c.c.
Cocaïne.	0 gr. 20 centigr.

On se sert d'un petit ballon compte-gouttes dans lequel la tubulure inférieure convexe et recourbée en forme d'S est rapprochée du col du ballon, ce qui facilite l'écoulement du liquide.

III. — **Thérapeutique oculaire. Nouvelles médications ; opérations nouvelles**, par F. TERRIEN. (*Les actualités médicales*, Baillière et fils, édit. Paris, 1899.)

III. — M. Terrien, en sa qualité de chef de clinique ophtalmologique était tout désigné pour exposer les progrès de la thérapeutique oculaire, et il l'a fait avec sa compétence habituelle dans l'opuscule qu'il publie et qui est destiné à rendre de grands services aux ophtalmologistes, et aux praticiens. L'ouvrage est divisé en deux parties ; la première est consacrée aux *Médications nouvelles ;* la seconde aux *Opérations nouvelles*.

Dans cette première partie, l'auteur étudie successivement les collyres huileux dont nous parlons plus haut, les injections d'huile bi-iodurée dans la syphilis oculaire, le protargol, le bleu de méthylène, l'ichtyol, le traitement des blépharites sèches.

M. Panas a eu, le premier, l'idée d'employer la solution soluble d'huile biiodurée. Avec l'huile stérilisée comme véhicule, le biiodure de mercure est beaucoup plus actif et ne provoque pas de douleur : 4 milligrammes de biiodure produisent le même résultat que 1 centigramme de sublimé.

Voici la prescription :

Huile d'olives stérilisée et lavée à l'alcool. .	30 c.c.
Biiodure d'hydrargyre.	12 centigr.

pour injections sous-cutanées. (L'injection sera faite dans l'épaisseur même du muscle.)

Quelle que soit l'ancienneté de l'affection, cette méthode donne des résultats surprenants.

Parmi les *opérations nouvelles*, M. Terrien étudie l'*extraction* des corps étrangers intra-oculaires et expose les méthodes à employer suivant que l'œil est encore transparent ou ne l'est plus : gros aimant de Mac Hardy, aiguille aimantée, rayons Rœntgen, etc.

Dans les autres chapitres on trouve l'*ablation de la glande palpébrale* dans le larmoiement chronique ; la *sclérotomie suivie de malaxation*, l'*iridectomie périphérique partielle* dans le glaucome chronique simple, l'*extraction totale de la cataracte secondaire*, et enfin le *traitement de la myopie forte* par l'*extraction du cristallin transparent* que nous avons été le premier à préconiser en 1888 (1) et que Fukala et Vacher ont érigé en méthode. M. Terrien expose en détails l'état actuel de cette question que nous avons traitée nous-même dans un précédent article. On est d'accord aujourd'hui pour reconnaître qu'il y a de grandes réserves à faire, et que des cas tout à fait spéciaux sont seuls justiciables de l'intervention.

Nous savons aussi que M. Panas a adopté la double ténotomie pour le *strabisme*, dont l'action est beaucoup plus efficace (2).

A signaler la *nouvelle opération du ptosis* de M. Motais (d'Angers), dont le procédé consiste à greffer sur la face supérieure du tarse à la place même du releveur, une languette musculaire empruntée au muscle droit supérieur ; la *kératectomie combinée* pour le staphylome opaque et le glaucome, dont nous avons rappelé précédemment la description, et dont les avantages sur toutes les autres opérations sont indéniables ; l'*opération de Mules*, qui imagina de remplacer le contenu normal du globe oculaire par de petites sphères creuses en verre qu'il appelle *corps vitrés artificiels* ; les *moignons artificiels* : globe creux en verrre ou celluloïd substitué à l'œil énucléé et placé dans la capsule de Tenon (Lang), petits morceaux d'éponges aseptiques, petite pelote de soie noire enroulée autour d'un noyau central de catgut (Bourgeois).

O ne peut encore se prononcer, dit M. Terrien, sur la valeur de cette méthode, mais il résulte qu'un corps étranger stérile peut être supporté dans la capsule de Tenon, sans réaction ni infection, et ces essais méritent d'être poursuivis.

(1) *Recueil d'Ophtal.*, avril 1888. Pathogénie et traitement de la myopie progressive, par Ruiz et Kœnig.

(2) Leçons de clinique ophtalmologique, Masson, édit., 1899.

HYGIÈNE ET SOCIALISME. — Le *Journal des Débats* comparant les programmes des socialistes français et des socialistes belges fait remarquer la place considérable que, ces derniers donnent aux questions pratiques et plus spécialement à l'hygiène. « Ils réclament, entre autres choses, l'assainissement des logements, la construction d'habitations ouvrières, l'installation de bassins de natation et l'établissement de bains et de lavoirs publics. Ils prêchent l'économie dans les dépenses de luxe et se montrent pleins de sollicitude pour l'hygiène des quartiers populeux. »

L'ESPRIT DES AUTRES. — « Apprendre c'est perdre des notions fausses pour les remplacer par des conceptions plus conformes à la réalité des faits. » (Clemenceau, l'*Aurore*, 28 septembre 1899.)

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique de l'analyse des urines; par Laache, professeur de la Clinique médicale de Christiania; traduit de l'allemand par X. Francotte, professeur à l'Université de Liège. (2e édition française, Paris, librairie médicale de A. Maloine.)

Nous avons déjà entretenu les lecteurs du livre de M. Laache, lorsque nous leur avons présenté la première édition; la seconde qui paraît aujourd'hui ne diffère pas beaucoup de la première, elle a été cependant revisée avec soin. L'ouvrage est divisé en trois chapitres. Dans le premier, l'auteur passe en revue les propriétés générales de l'urine : *couleur, transparence, odeur*, etc.; les *éléments nouveaux* sont étudiés dans le chapitre suivant et divisés en éléments *organiques* et *minéraux*. Le troisième chapitre, qui est le plus important, est consacré à l'étude des *éléments anormaux*, celle de l'albumine vient en premier lieu et M. Laache indique une nouvelle méthode de dosage qui est assez pratique et due à M. Christensen, de Copenhague. L'auteur passe successivement en revue les *peptones*, le *sucre diabétique*, les *éléments de la bile* et les *parasites* que l'on rencontre dans l'urine: les dernières pages de l'ouvrage sont consacrées aux *sédiments* et *concrétions*. P. Yvon.

Maladies et vices corporels en Finlande, selon les exemption à la revision des conscrits; par le Dr K.-E. Linden.

Sous ce titre nous avons reproduit dans le N° 39, page 220, une analyse de ce travail qui a paru, non pas dans le *Nord. Medic. Arkiv.*, mais dans la *Finksa Lakaresallskapits-Handlingar*, par Albert Palmbery. Band XLI, n° 2, 1899.

L'ankylose de la colonne vertébrale ; par le Dr Bregman, chef de l'Hôpital pour les Juifs. (*Medycyna*, 4 juillet.)

Dans les maladies de la colonne vertébrale, c'est la tuberculose qui dominait. Quant aux autres processus inflammatoires chroniques, on les considérait comme appartenant à la polyarthrite déformante qui se développait dans les différentes articulations et pouvait passer à la colonne vertébrale. Dans les derniers temps, grâce aux travaux de P. Marie, Strümpell, Bechterew, l'aspect clinique de cette affection est mieux défini et il mérite dorénavant beaucoup plus d'attention. Bechterew décrit cette maladie, se basant sur 6 observations. La colonne vertébrale perd sa mobilité ; dans le cou et le dos se forme une courbure avec la convexité en arrière. La tête approche du tronc. Les muscles du tronc et des extrémités sont affaiblis, dans les épaules on remarque une atrophie. La sensibilité des nerfs cutanés est affaiblie, les malades sentent chaud au lieu du froid ; ces mêmes nerfs peuvent être surexcités. On rencontre des paresthésies ou des hyperesthésies dans le dos, surtout après une longue immobilité. D'après Bechterew, la cause réside dans l'inflammation chronique des vertèbres, activée par l'inflammation des tissus périarticulaires. Le processus provoque l'ankylose des vertèbres, la déviation et la raideur de la colonne vertébrale et, comme processus secondaire, la compression des racines sensitives et motrices et, à la fin, les effets de la compression de la moelle. La marche chronique peut être légèrement entravée par le massage, bains chauds, thermocautère et l'administration d'iode.

En juin dernier, Bechterew publiait un cas d'autopsie. Il appuie par ce fait son dire que c'est l'inflammation des enveloppes molles des vertèbres qui provoque la compression des nerfs et ensuite l'atrophie des muscles du tronc. La cyphose, selon Bechterew, est la conséquence de l'atrophie musculaire et la raideur de la colonne vertébrale est un processus secondaire à cause d'une longue pression sur le cartilage intervertébral. Strümpell encore, en 1884, décrit une maladie de la colonne qui amène sans douleur à la raideur de la colonne vertébrale, et l'articulation de la hanche, ainsi que le tronc, la tête et la hanche sont ankylosés et perdent toute mobilité. Après la description de Bechterew, Strümpell élargit sa monographie, il suppose l'inflammation des vertèbres et de l'articulation de la hanche, il a senti même de la crépitation, mais il n'y avait pas de liquide ni de déformation. L'ankylose apparait le plus souvent dans la partie lombaire de la colonne et ensuite dans l'articulation de la hanche. Les articulations de la hanche ankylosées empêchent la marche, le malade marche grâce à un mouvement des genoux. Les malades ne peuvent pas être assis à cause de l'ankylose des hanches. Les douleurs ne sont pas grandes. Strümpell n'a pas remarqué de phénomènes nerveux.

Dans les autres cas, le processus commençait en haut de la colonne par la partie inférieure de la nuque. Les articulations des membres n'étaient pas toujours touchés, quoique M. Marie considérât cela comme le point caractéristique. Tous les auteurs sont d'accord que la maladie est logée dans le système osseux. M. Marie sentait des hyperosthoses par la bouche. L'étiologie n'est pas expliquée, il n'y a jamais d'hérédité, quelquefois on cite de longues marches, le métier de portefaix. Baeumler et Brodhurst penchent vers l'hypothèse d'une infection, ils décrivent un cas d'inflammation blennorrhagique qui, durant cinq ans, a amené une ankylose de la colonne. Mais ceci n'appartient pas à la maladie décrite, car elle diffère par son évolution. Un cas de M. Marie où la blennorhagie d'un côté a été le point de départ de l'autre d'une ankylose, mais sans inflammation. L'auteur cite un cas qu'il a connu dans sa pratique, il a présenté son malade à la Société des Médecins de Varsovie avant que la maladie soit bien décrite par Marie, Bechterew et Strümpell.

Le malade, âgé de 38 ans, cordonnier, n'a fait aucune maladie, marié, a des enfants bien portants. Il pouvait travailler il y a un an, mais son métier d'être toujours courbé lui fut impossible, il commença à allumer le gaz, maintenant il ne fait rien. Il y a quatre ans il commençait à se courber, il se sentait attiré vers la terre. Il a eu des douleurs dans les aines, ensuite elles se sont portées dans les membres inférieurs; il a eu les mêmes douleurs déchirantes dans les épaules. L'engourdissement des membres est si fort la nuit qu'il doit changer la position des jambes. Il ne peut se coucher sur le dos, sans mettre les mains sous la tête. Il marche sans canne mais se fatigue vite. Depuis un an, il sent la faiblesse dans les jambes et les mains. La nuit il transpire beaucoup et ne se couvre jamais.

Etat actuel.—Le malade, maigre, a dans la partie inférieure de la nuque et supérieure du dos une courbure convexe. La partie inférieure du corps présente avec la partie supérieure un angle de 120°. Les recouvrements de la tête bien limités, les apophyses vertébrales un peu douloureuses. Les muscles du dos un peu tendus. Les articulations des membres ne sont pas touchées, sauf celles de l'épaule. Les réflexes augmentés. Depuis peu de temps le malade souffre de la rétention d'urine. Rien dans la poitrine. Ainsi, on a une courbure convexe occupant la partie inférieure de la nuque et supérieure du dos, la tête baissée, les paresthésies des membres, les apophyses douloureuses. La maladie à évolution longue ; comme étiologie, le malade restait longtemps assis. On a fait le diagnostic de la spondylose déformante; on rencontrait cette maladie à l'âge plus avancé. La position immobile pouvait faire paraître la maladie. Le cas est analogue aux divers cas décrits par Bechterew. Courbure et raideur de la colonne sans douleurs dans les vertèbres, paresthésies, affaiblissement musculaire. Pas de changement dans la sensibilité prouve que la compression des racines n'est pas grande, quoique suffisante pour provoquer des paresthésies. Les articulations de la hanche restèrent libres, quoique avec le temps le processus pouvait s'élargir par là.

L'auteur a perdu le malade de vue depuis trois ans. L'auteur pense, avec Marie et Oppenheim, que c'est le même processus qui diffère de l'arthrite déformante par sa localisation et l'ankylose des articulations touchées. G. de Majewska.

La Science. — Dans son livre *A travers la Bretagne* (1), Paul Eudel, parlant du laboratoire de Roscoff, dit : « Un vieux savant le dirige avec un élève sous ses ordres, et parait, au milieu de ses recherches, le plus heureux des hommes. La science ! quel refuge et quel remède contre les tristesses de la vie ! Le travail vous absorbe et les bruits du dehors n'arrivent à vous que très affaiblis. »

(1) Paul Ollendorff, éditeur, 1898, p. 176.

VARIA

Ecoles municipales d'Infirmiers et d'Infirmières.

Directeur de l'enseignement : Dr BOURNEVILLE.

1° *Ecole de la Salpêtrière.*

L'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Salpêtrière a ouvert ses cours professionnels le lundi 9 octobre à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. Montreuil, directeur de la Salpêtrière. — Eléments d'anatomie, M. Schwartz, interne des hôpitaux. — Eléments de physiologie, M. le Dr J.-B. Charcot, ex-chef de clinique de la Faculté, ex-interne des hôpitaux. — Pansements, Mme le Dr Pilliet-Edwards, ex-interne provisoire des hôpitaux. — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr L. Dubrisay, ex-interne des hôpitaux. — Hygiène, M. le Dr Paul-Boncour, ex-interne des hôpitaux. — Petite pharmacie, M. le Dr Viron, pharmacien des hôpitaux.

Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Salpêtrière doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, n° 47, bureau de la Direction, de 9 heures du matin à midi. Les cours sont publics et gratuits.

2° *Ecole de Bicêtre.*

Cours d'administration, M. Pinon. — Cours d'anatomie et de physiologie, M. Romain. — Cours de pansements et de petite chirurgie, M. J. Noir. — Cours sur les soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, M. H. de Rothschild. — Cours d'hygiène, M. Sollier. — Cours de petite pharmacie, M. Cornet.

3° *Ecole de la Pitié.*

L'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié a ouvert ses cours professionnels le mardi 10 octobre à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. Joly, directeur de la Pitié. — Eléments d'anatomie, M. le Dr Dauriac, ancien interne des hôpitaux. — Eléments de physiologie, M. le Dr P. Regnard, membre de l'Académie de Médecine. — Pansements, M. le Dr Petit-Vendol. — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr Lepage, accoucheur des hôpitaux. — Hygiène, M. le Dr Regnier, ancien interne des hôpitaux. — Petite pharmacie, M. le Dr Viron, pharmacien des hôpitaux.

Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Pitié doivent se faire inscrire à l'hôpital de la Pitié, rue de Lacépède, n° 1, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Les cours sont publics et gratuits.

4° *Ecole de Lariboisière.*

L'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Lariboisière a ouvert ses cours professionnels le lundi 9 octobre à 8 heures du soir L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. Faure, directeur de Lariboisière. — Eléments d'anatomie, M. le Dr Dauriac, ex-interne des hôpitaux. — Eléments de physiologie, Mme le Dr Pilliet-Edwards, ex-interne provisoire des hôpitaux. — Pansements, M. le Dr Isch-Wall, ex-interne des hôpitaux. — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr Tissier, accoucheur des hôpitaux. — Hygiène, M. le Dr Cornet, ex-interne en pharmacie des hôpitaux. — Petite pharmacie, N.

Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de Lariboisière doivent se faire inscrire à l'hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré, n° 2, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Les cours sont publics et gratuits.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, Dr Henri NAPIAS. — Le Secrétaire général, H. DEROUIN.

Asile Léo Delibes.

Cet asile, situé à Clichy, rue du Landy, n° 58, a été installé dans une maison léguée à la Ville de Paris par Mme Léo Delibes, veuve du célèbre compositeur de musique, à charge d'y recueillir temporairement les enfants des deux sexes âgés de 15 mois au moins et de 5 ans au plus, que leurs parents ne peuvent momentanément garder auprès d'eux. Les locaux qui composent cette maison ayant été appropriés, dans la mesure du possible, à l'usage auquel les destinait la donatrice, l'établissement a pu être ouvert le 1er août 1897.

Les admissions à l'asile ont lieu après examen médical et après enquête. Ne peuvent être admis les enfants non sevrés, ni les enfants convalescents de maladies contagieuses ou d'affections pouvant constituer un danger pour les autres. L'admission est prononcée pour deux ou trois mois ; elle peut être renouvelée pour une égale durée, si cette prolongation est devenue nécessaire.

Le nombre des lits est actuellement de 35, sur lesquels 10 berceaux sont réservés aux enfants nés à Clichy, leurs frais d'entretien étant supportés par cette commune. On a admis 98 enfants en 1898.

Les enfants sont répartis suivant leur âge en deux sections distinctes. La première section, destinée aux enfants de moins de 3 ans, est organisée comme une crèche. La deuxième, destinée aux enfants de plus de 3 ans, est organisée comme une école maternelle. L'enfant, une fois admis, est inscrit sur un registre tenu par ordre de dates et de numéros. Après l'inscription, il reçoit un bain et ses effets sont lavés et désinfectés.

Le régime alimentaire, appliqué aux enfants de 3 à 5 ans, comporte quatre repas par jour. Le mode d'alimentation des enfants au-dessous de 3 ans est fixé par le médecin. Le lait employé est stérilisé.

Le personnel administratif de l'asile se compose d'une directrice (2.000 fr.), Mme Puech ; d'une institutrice faisant fonctions d'économe (800 fr.), d'une surveillante (1.000 fr.), de femmes de service et d'un concierge.

Le service médical est assuré par un médecin, le Dr HELLET, chargé d'examiner tous les enfants présentés à l'asile, de donner des soins à ceux qui sont indisposés et de veiller à l'exécution rigoureuse des mesures d'hygiène prescrites par les règlements. B.

Syndicat médical et abbé guérisseur.

L'abbé P..., pour la plus grande gloire de Dieu et au grand détriment du médecin d'une bourgade de la Loire-Inférieure, exerçait ouvertement la Médecine ; le Syndicat des médecins de la région intervint et fit quelques observations au dit abbé, lui faisant remarquer qu'il se livrait à l'exercice illégal de la Médecine et pouvait être poursuivi. L'abbé P..., gêné dans son petit commerce, répondit au président la lettre suivante qui a été publiée dans le compte rendu de la réunion du Syndicat :

« 24 décembre 1898.

« Cher Monsieur Plantard,

« Je tiens à vous informer que ma porte, avec affiche expressive, est fermée à toute personne venant, comme par le passé, me communiquer une souffrance, presque toujours, depuis longtemps réfractaire à toutes les tentatives faites. On a bien voulu me dire et me répéter, sous toutes les formes, qu'une modeste recette (granulé Sedlitz Chanteaud) avait ramené l'espoir chez de pauvres désolés. Je ne pouvais qu'en être heureux. Mon intention était de faire quelque bien. Des voix presque sans nombre, ne vous offusquez pas de l'expression, m'ont dit que le but était atteint ; je ne pouvais que m'en réjouir. L'honorable Faculté, armée d'une loi de monopole, me dit que je fais mal ? je m'abstiens. Puisse l'Arche sacrée d'Esculape abriter et surtout soulager tous les maux.

« Pour vous, Monsieur Plantard, croyez à mes meilleurs et déjà anciens sentiments de respect.

« Votre très humble, « Abbé P... »

« *P. S.* — J'ai averti, comme nous en étions convenus, toutes les personnes que j'ai vues pendant l'autre semaine, afin qu'elles ne reviennent plus. L'inscription sur ma porte le dit, depuis plusieurs jours, à tous les passants ; je ne puis rien faire de plus pour arrêter le courant, bien peu signifiant d'ailleurs. Un certain Monsieur, écrivant *médecin* sur sa porte, faisait le mouchard devant chez moi, ce matin ; il a eu le temps de s'en convaincre, la clientèle ne le gêne pas ; il a tout le temps de faire des bassesses de ce genre. C'est un docteur *manqué*. »

In caudâ venenum. Cette réponse fut jugée inconvenante par le Syndicat qui eut la bienveillante indulgence de se contenter de l'envoyer à l'évêché.

Le vicaire général, plus ferré sur la législation de notre pays que l'abbé P..., a adressé au président du Syndicat la lettre suivante :

ÉVÊCHÉ DE NANTES

« 3 janvier 1899.

« Monsieur,

Défense formelle a été faite à M. P..., de continuer à s'occuper de médecine. Sa porte est désormais consignée, aucun client n'est

reçu. Cette décision donnera complète satisfaction aux médecins qui avaient cru devoir formuler une plainte. — Veuillez agréer l'assurance de mes sentiments respectueux. — P.-M. LEROUX, vicaire général.

A notre avis, une dénonciation au parquet et des poursuites correctionnelles, le syndicat se portant partie civile, auraient donné à notre apôtre guérisseur une leçon bien plus salutaire. — Et dire qu'il n'est guère de paroisse bretonne sans abbé P...! J. N.

La fécondité dans les familles françaises.

Il y a une quinzaine d'années le législateur, par reconnaissance ou par politique, décida que toute famille de sept enfants pourrait en désigner à son choix un qui recevrait gratuitement l'enseignement secondaire dans un établissement de l'Etat. Or, en cette circonstance comme en bien d'autres, le législateur ne s'était pas demandé combien il y avait, en France, de familles dans ce cas et avait voté quelques centaines de mille francs. Les demandes s'élevèrent à plus de 250 000; il y avait donc à ce moment 250.000 familles ayant au moins sept enfants vivants. C'était 250 millions au moins qu'il eût fallu trouver chaque année pour payer la pension, y compris le trousseau. Devant cette armée de courtes bottes qui allait monter à l'assaut du budget, le gouvernement battit en retraite et très résolument cassa sa loi malencontreuse. A côté de 251.658 familles ayant au moins sept enfants vivants, le recensement de 1891 nous fournit des renseignements sur les familles ayant six, cinq, quatre, trois, deux et un enfants vivants.

322.651 familles ont six enfants vivants, 972.285 en ont cinq, 975.616 en ont quatre. C'est donc en somme 2.122.000 familles très fécondes sur 10.750.000, soit 20 0/0 ou un cinquième. Comme le fait remarquer M. Arsène Dumond dans son livre sur la natalité et la fécondité, il s'agit là de familles très fécondes, car le recensement n'a pu tenir compte que des enfants vivants et non des naissances. La moins féconde de ces quatre catégories dépasse ou égale la fécondité moyenne de l'Angleterre ou de la Prusse. Si nous continuons ce dénombrement nous constatons que 15 0/0 du total présentent chacun trois enfants vivants, fécondité très suffisante; 22 0/0 n'ont que deux enfants vivants; 24 0/0 n'en ont qu'un seul. Si à ces 46 0/0 de familles, on ajoute celles qui volontairement n'ont aucun enfant, on trouve que plus de la moitié des familles françaises ont la volonté efficace de n'avoir pas ou d'avoir peu d'enfants. Il est des communes françaises, dans le Lot-et-Garonne, le Tarn-et-Garonne et le Gers, où les enfants volontairement consentis ou voulus tombent à 12 ou 13 pour 1.000 habitants, au lieu de la moyenne 22 à 23. Cette faiblesse dans la natalité est encore dépassée dans l'Orne, où M. Arsène Dumond a pu relever comme moyenne décennale des natalités de 10, 9 et même 8,7 naissances annuelles pour 1.000 habitants. Si la France tout entière voyait le chiffre de ses naissances descendre à ce niveau, il n'est pas besoin de dire qu'elle serait perdue. (*Lyon médical.*)

L'enseignement de la médecine en Egypte.

Un correspondant des *Débats* vient d'adresser du Caire à ce journal une très intéressant lettre sur l'enseignement supérieur en Egypte, nous en extrayons ce passage sur l'Ecole de Médecine khédiviale :

Des trois écoles d'enseignement supérieur actuellement établies en Egypte, l'Ecole de Médecine est la plus ancienne. Ce fut jadis une institution florissante, quoique modeste; elle est aujourd'hui bien déchue. Son histoire, qui n'est pas longue, mais qui est assez suggestive, vous fera connaître les causes de cette décadence. La fondation de l'Ecole de Médecine date du règne de Mehemet-Ali; ce fut à l'origine une école exclusivement militaire destinée à former un corps médical pour l'armée égyptienne que le grand vice-roi rêvait de construire à l'Européenne. Un grand médecin français, dont le nom est resté populaire en Egypte, le Dr Clot, fut chargé d'en prendre la direction et d'en organiser les divers services : il se mit courageusement à l'œuvre et, en quelques mois, fit des prodiges. C'étaient les temps héroïques, l'époque où, à l'appel de Mehemet-Ali, nos compatriotes régénéraient l'Egypte. Pendant que le colonel Selve instruisait cette armée qui faillit entrer triomphalement à Constantinople, pendant que Linant de Bellefonds et Mougel ouvraient des voies de communication et mesuraient la crue du Nil, le Dr Clot construisait un hôpital, créait des laboratoires et des amphithéâtres, improvisait un corps enseignant avec des collaborateurs venus de France ou même choisis parmi les indigènes; les élèves vinrent nombreux, et, après deux années d'études, il donna à l'armée égyptienne, non pas des savants, sans doute, mais des praticiens suffisamment habiles pour donner intelligemment aux blessés les soins nécessaires. Les temps héroïques passés, l'Ecole de Médecine ne disparut pas; elle se transforma et prépara les jeunes Egyptiens à l'exercice de la médecine civile. Ainsi constituée, l'Ecole de Médecine prospéra sans bruit jusqu'au début de l'occupation britannique. Entre temps, le Dr Clot était mort, et son successeur français avait été lui-même remplacé par un directeur indigène; sous l'influence de ce dernier, l'élément indigène avait fini par absorber l'élément étranger; en 1885, le personnel enseignant était presque exclusivement indigène. L'Ecole de médecine devait dès lors forcément devenir anglaise. Sous prétexte de la réorganiser et d'introduire dans l'enseignement les réformes rendues nécessaires par les progrès des sciences, un décret arraché à la faiblesse du Khédive nomma un directeur et des professeurs anglais. Les conséquences de cette décision ne se firent pas longtemps attendre; très rapidement les amphithéâtres se vidèrent, à tel point que, moins de dix ans après le décret khédivial, les statistiques officielles sont obligées de reconnaître que l'Ecole de Médecine réorganisée et réformée compte... un seul élève. C'était vraiment trop peu, et les Anglais eux-mêmes s'émurent de leur échec. Pour le réparer, ils eurent un moment, et très sincèrement, paraît-il, l'idée de recourir aux services des professeurs français. Notre représentant en Egypte, M. Cogordan, tirant très habilement et très opportunément parti de la situation, avait fait à ce sujet quelques suggestions que lord Cromer accueillit avec faveur. Il semblait que l'entente allait se faire, lorsqu'on apprit que les pourparlers avaient brusquement cessé. Les causes de la rupture sont restées assez mystérieuses; les gens bien informés affirment, cependant, qu'elle est due à la duplicité d'un haut fonctionnaire égyptien du ministère de l'Instruction publique, et aussi à la confiance quelque peu naïve que témoigna à ce haut fonctionnaire le très savant professeur français chargé par notre gouvernement de la préparation technique du compromis. Quoi qu'il en soit, l'Ecole de Médecine est restée anglaise et elle continue à mourir. L'année dernière, les journaux anglo-égyptiens nous annonçaient qu'une réforme décisive allait être tentée, qui rendrait à l'Ecole de Médecine la prospérité perdue. La réforme a été accomplie, cette année; elle a consisté à augmenter le traitement du directeur et des professeurs anglais. En vérité, ceux-ci n'étaient pas indignes de cette faveur nouvelle; car, pour des professeurs de médecine, il n'y a pas de peine plus grande que de disséquer des morts devant des banquettes vierges de vivants.

NÉCROLOGIE

Obsèques de Mme veuve CHARCOT.

Les obsèques de Mme veuve CHARCOT, dont nous avons le profond regret d'annoncer la mort, ont été célébrées, lundi 16 octobre, à l'église Sainte-Clotilde. Toutes les notabilités du monde politique, littéraire, scientifique et médical y assistaient.

Le deuil était conduit par M. le Dr Jean Charcot, ancien chef de clinique de la Faculté, fils de la défunte, par M. Waldeck-Rousseau, président du Conseil, et M. Alfred Edwards, ancien directeur du *Matin*, ses gendres, par MM. Charles Liouville, son petit-fils, et Martin Charcot, son beau-frère.

Dans l'assistance, outre un grand nombre des membres du Parlement et de l'Institut, on remarquait la présence de MM. Millerand, ministre du commerce, Galliffet, ministre de la guerre, Decrais, ministre des colonies, De Lanessan, ministre de la marine. A l'issue de la cérémonie religieuse, le char funèbre qui disparaissait sous les couronnes offertes par les

parents et les amis de la défunte, a gagné le cimetière Montmartre où a eu lieu l'inhumation.

Mme CHARCOT a légitimement droit au souvenir respectueux du monde scientifique médical. Sans son concours incessant, son insistance affectueuse auprès du Maître, jamais nous ne serions parvenu à publier les premiers volumes des *Leçons sur le système nerveux*. Jamais M. Charcot n'était satisfait de ce qu'il nous remettait pour l'impression et quand nous espérions arriver au but, c'était à recommencer.

Quant au rôle de Mme CHARCOT auprès des nombreux élèves de son mari, à ses efforts pour maintenir la bonne entente entre tous, à sa bonté et à sa générosité envers les *hospitalisées* et le *personnel* de la Salpêtrière, il est... ou mieux il était connu de tous il y a quelques années. On n'a point paru s'en souvenir, car nous n'avons vu à ses obsèques — peut-être nous sommes-nous trompé — aucune délégation de la Salpêtrière, vieilles femmes, surveillantes ou infirmières.

A nos amis, son fils, ses filles et ses gendres, nous adressons l'expression de nos plus sincères sentiments de condoléance.

B.

M. MILLET, interne des hôpitaux.

M. MILLET, interne à l'hôpital Beaujon, dont nous avons le regret d'annoncer la mort, a succombé à une endocardite infectieuse, consécutive à la diphtérie contractée dans le service hospitalier auquel il était attaché.

M. Millet avait reçu récemment en récompense de son dévoûment la médaille d'honneur des épidémies. M. le Dr Napias, directeur de l'Assistance publique, M. le Pr Chantemesse ont en termes émus fait l'éloge du défunt, dont les obsèques ont été célébrées à Crépy-en-Valois.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VI des annonces.)

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, commencera ses conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi 28 octobre à 5 heures, au laboratoire. — *Objet du cours* : Sources de l'électricité médicale. — Technique générale du maniement des appareils. — Electrodiagnostic. — Rôle de l'électricité médicale dans les maladies du système nerveux. — Electrothérapie gynécologique. — Le nombre des places étant limité, MM. les étudiants en médecine et docteurs sont priés de s'inscrire au Laboratoire, les mardis, jeudis et samedis, de 2 heures à 4 heures.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er oct. au samedi 7 oct. 1899, les naissances ont été au nombre de 1194, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 397, illégitimes, 187. Total, 584. — *Sexe féminin* : légitimes, 426, illégitimes, 184. Total, 610.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 1er oct. au samedi 7 oct. 1899, les décès ont été au nombre de 808, savoir : 434 hommes et 374 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 14, F. 7. T. 21. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. —Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 3. T. 6. —Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 4, F. 0, T. 4. — Diphtérie. Croup : M. 1. F. 2, T. 3. — Grippe : M. 1, F. 0, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 113, F. 81, T. 194. — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 5, T. 11. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 4, T. 18. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 4, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 19, T. 36. —Méningite simple : M. 2, F. 6, T. 8. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 18, F. 22, T. 40. — Paralysie, M. 3, F. 3, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 5, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 35, F. 41, T. 76. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 4, T. 6. — Bronchite chronique : M. 11, F. 7, T. 18. — Broncho-pneumonie : M. 9, F. 6, T. 15. — Pneumonie : M. 9, F. 7, T. 16. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 17, F. 19, T. 36. — Gastro-entérite, biberon : M. 14, F. 15, T. 29. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale, M. 16, F. 19, T. 35. — Sénilité : M. 5, F. 19, T. 24. — Suicides : M 6, F. 4, T. 10. — Autres morts violentes : M. 18, F. 5, T. 23. — Autres causes de mort : M. 80, F. 55, T. 135. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 1, T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 18. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 18. Total : 44.

ECOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS ET DE LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 24 avril 1900, devant l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Angers pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Ecole. Un concours s'ouvrira, le 24 avril 1900, devant l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite Ecole. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours de l'Internat s'est ouvert le lundi 16 octobre. 600 candidats étaient inscrits, 324 copies ont été seulement réunies. Le sujet de la composition a été : *Nerf maxillaire supérieur*; *Complications du diabète sucré.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Muscles du voile du palais*; *Tétanos*; et : *Veine azygos et veine cave supérieure; Abcès intra-craniens.* — Le jury s'est divisé en deux sections. Section d'anatomie : MM. Danlos, Troisier, Legueu, Poirier, Tissier. — Section de pathologie : MM. Claisse, Courtois-Suffit, Benj. Anger, Mauclaire, Bouffe de Saint-Blaise.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours de l'Externat a eu lieu le 17 octobre. Les premières séances ont été réservées aux candidats militaires. Le jury s'est divisé en deux sections. Section d'anatomie : MM. Roubinovitch, Teissier, Morestin, Auvray. Section de pathologie : MM. Lamy, Legry, Launay, Brindeau.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante : *Médecine* : MM. Debove, Besnier, Dreyfus-Brisac, Oulmont, Cruveilhier. — *Chirurgie* : MM. Routier, Chevalier, Gérard-Marchant, Bonnaire.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira, le 22 mars 1900, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Douare, médecin de 2e classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer, au 5e dépôt des équipages de la flotte, M. le Dr Olivier, qui terminera le 24 octobre courant la période réglementaire dans ce poste. M. Emily, médecin de 1re classe, rentré de mission et actuellement en congé, est affecté au service général de Toulon. MM. Magnan-Pujo, médecin principal du cadre de Toulon, et Bartet, médecin de 2e classe du cadre de Rochefort, embarqueront sur *la Couronne*, entrant en armement définitif à Toulon le 12 octobre courant.

DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ. — *Concours pour l'admission successive à cinq emplois de médecin-adjoint au Dispensaire de salubrité.* — Un concours est ouvert pour l'admission successive à cinq emplois de médecin-adjoint au Dispensaire de salubrité. Il aura lieu à la Préfecture de Police (Salle du Conseil d'hygiène), le mercredi 13 décembre, à midi, et se continuera les jours suivants soit à la Préfecture de Police, soit à la Maison de Saint-Lazare. Il sera procédé à ce concours conformément aux arrêtés susvisés. Les conditions du concours seront portées à la connaissance du public sous forme d'avis et par voie d'affiches. — *Conditions du Concours* : MM. les Docteurs qui désireront prendre part au concours se feront inscrire à la Préfecture de Police (Service du personnel), de dix heures à midi, et y déposeront leurs pièces (demande sur papier timbré de 0 fr. 60, acte de naissance, pièces militaires, diplômes, notice indiquant les titres scientifiques ou hospitaliers). Le registre d'inscription sera ouvert le samedi 21 octobre et clos le samedi 11 novembre à 4 heures. Les candidats admis à concourir recevront, le 9 décembre au plus tard, avis de la décision les concernant. Tout candidat devra justifier de la qualité de Français, de moins de trente-cinq ans d'âge, et du diplôme de docteur d'une des Facultés de Médecine de l'Etat. Le concours consistera en : 1° Une épreuve écrite de deux heures, sur un sujet relatif aux affections vénériennes et à la gynécologie : 2° une épreuve de titres scientifiques et hospitaliers. Chacune de ces épreuves comportera un maximum de 20 points, soit 40 points au total. Seront seuls admis à subir les épreuves orales les dix premiers candidats, ayant atteint au moins 30 points pour l'ensemble des deux épreuves. 3° Deux épreuves orales de diagnostic, de dix minutes chacune, après dix minutes de préparation. Pour chacune de ces épreuves le maximum sera de 30 points.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — Une épidémie de fièvre typhoïde sévit dans la petite île de Hoédic près de Belle-Ile; le Ministre de la Marine vient de prescrire l'envoi d'un médecin avec un infirmier et des médicaments; l'action de la levée permanente est suspendue. (*Petit Var* du 13 octobre 1899.)

Un Drame dans un Hospice. — La nuit dernière, à 3 heures du matin, dans l'hospice des Petites-Sœurs des pauvres de Tunis, un pensionnaire, nommé Xavier Gontard, âgé de 72 ans, ancien employé à la Compagnie du Gaz de Paris, pris d'un accès de folie furieuse, a tué, avec une barre de fer, son voisin de dortoir, Pierre Giudi. Il a blessé deux autres hospitalisés, François Lefol, 70 ans, et Michel Paciunto, aveugle; puis s'est jeté par la fenêtre et s'est tué net. (*Le Temps* du 4 octobre 1899.)

Suicide a l'Hôpital Broussais. — Un journalier, M. Henri Fournès, âgé de quarante-quatre ans, demeurant rue de Vanves, et qui était en traitement à l'hôpital Broussais, dans le service des incurables, s'est suicidé en se logeant une balle de revolver dans la tête. La mort a été instantanée. (*Le Journal.*) — Il est étonnant qu'on ait laissé un revolver en possession de ce malheureux.

Laïcisation de l'Assistance publique : Lille. — On mande de Lille, dit l'*Aurore* du 15 octobre, que le Conseil municipal, à l'unanimité moins cinq voix, a émis un vœu *en faveur de la laïcisation de tous les dispensaires du Bureau de bienfaisance.*

Empoisonnement par l'eau. — A Chemillé (Maine-et-Loire), toute la population a été empoisonnée par l'eau d'une fontaine où on était allé en puiser par suite de la sécheresse. Plusieurs personnes sont en danger de mort. (*Bonhomme normand*, 27 juin.)

Hospices de Nîmes. — *Concours pour des places d'élèves internes à l'hôpital civil et militaire.* — Il sera ouvert le mercredi 8 novembre prochain, devant la commission administrative des hospices, assistée de MM. les médecins et chirurgiens en chef, un concours pour dee places d'élèves internes. Les candidats devront déposer avant le 31 octobre au secrétariat des hospices, rue Ruffi, 11, leur demande accompagnée du bordereau de leurs inscriptions, d'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré récemment par le maire de leur résidence et d'un certificat de régularité d'études et de bonne conduite émanant d'un doyen d'une Faculté ou d'un professeur d'une école publique de médecine et contenant la mention des notes obtenues aux différents examens. — Ils devront avoir acquis au moins douze inscrptions de doctorat, ancien régime, ou huit inscriptions, nouveau régime. Les candidats reconnus par la commission admissibles à concourir en seront individuellement prévenus avant l'époque du concours. Le coucours comprendra : 1° *épreuve écrite* : une question de médecine et une question de chirurgie, un délai de 4 heures sera accordé pour la rédaction ; 2° *épreuve orale* : 1° une question d'anatomie à développer après 5 minutes de réflexion ; 2° question orale de médecine et chirurgie pratique appliquée au service de garde, à développer après 10 minutes de réflexion. Les candidats qui auront subi les épreuves avec succès seront classés et désignés suivant leur ordre de classement pour remplir les places vacantes et celles qui le deviendront. Trois places seront disponibles le 1er janvier 1900. Les élèves internes sont logés, chauffés et éclairés par les hospices. Ils reçoivent un traitement de 250 francs la première année et de 300 francs la seconde année, en outre, une indemnité mensuelle de nourriture de 64 francs, l'interne de garde étant nourri à l'hôpital dans les conditions du règlement. Les élèves internes sont chargés à tour de rôle des fonctions de répétiteur du cours d'accouchement. Une indemnité de 100 francs par an est allouée à ce répétiteur par le Conseil général du Gard. La durée de l'internat est de deux ans. Les élèves internes sont tenus à se conformer à toutes les dispositions du règlement sur le service de santé et aux modifications qui pourront y être apportées par la commissionn.

Le Service sanitaire. — Par décrets rendus en Conseil d'Etat, il est ouvert, à charge de ratification par les Chambres, des crédits supplémentaires au Ministère de l'Intérieur pour le personnel et le matériel du service sanitaire, crédits supplémentaires s'élevant au total à 294.000 francs. Ces crédits vont être employés à améliorer les postes sanitaires existant déjà dans certains ports et à créer des postes nouveaux dans d'autres ports, en vue d'empêcher l'introduction en France de la peste qui sévit en Egypte et en Portugal. Ces mesures de précaution intéressent les ports de Marseille, Bordeaux, Nantes, Le Havre et certains ports du Finistère et du Morbihan en relations maritimes avec les pays contaminés. Le personnel va être augmenté temporairement, mais le matériel sera accru à titre permanent. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux.*)

La diminution de l'emploi de l'alcool et ses résultats en Norwége. — Voici sur ce sujet un document intéressant emprunté par les *Archives de Neurologie* au *Reichsanzeiger*. La production indigène de l'alcool, calculée à 50 0/0 d'alcool pur, a varié entre 7.868.000 litres en 1891, 4.943 000 litres en 1883 et 5.976.000 en 1896. Les quantités employées dans l'industrie et aux usages pharmaceutiques ont atteint le maximum en 1876, avec 12.268.000 litres et leur minimum en 1896 avec 4.229.000 litres, provenant surtout de l'importation, qui a largement dépassé l'exportation de ces mêmes produits. La quantité d'alcool par habitant a varié de 6,7 litres en 1876 et 2,3 en 1896. La consommation de la bière a varié de 432.061 hectolitres en 1891 et 214.261 hectolitres en 1896, et a été par habitant de 23,2 litres en 1854, 19,8 en 1894, 17,7 en 1895 et 16,2 en 1896. L'importation du vin, grâce à la modification des droits de douane pendant ces dernières années, a été en augmentant et a remplacé l'alcool dans la consommation. L'importation, qui était en moyenne de 1.672.500 litres pendant la période 1881-1885, a atteint 2.967.300 litres en 1895 et 5.606.000 en 1897, partant principalement sur des gros vins à bon marché qui remplacent l'alcool dans la consommation : cependant, au commencement de 1898 l'importation semble s'être un peu ralentie. Une diminution sensible a été constatée dans le nombre des accidents causés par l'alcoolisme depuis les quarante dernières années, dans les campagnes plutôt que dans les villes ; les décès causés par l'alcoolisme comptés pendant des périodes quinquennales depuis 1856 jusqu'à 1896, ont été de 33, 22, 24, 29, 18, 10,8 et 10,5 pour 10.000. Pendant la période de 1856 à 1890, 13,7 0/0 des aliénés étaient des alcooliques ; ce nombre a été ensuite en diminuant et descendait à 7,6 0/0 en 1891 et à 4,4 0/0 en 1893. Les suicides, qui avaient été en augmentant de 1826 à 1850, ont diminué depuis. Ils avaient été, pendant la période 1846-1850, de 109 par million d'habitants et par an et pendant les trois périodes quinquennales 1881-1896, ils sont descendus à 68, 66 et 65 par million d'habitants et par an. La durée moyenne de la vie semble avoir aussi augmenté. La criminalité a également baissé : elle était en moyenne par an de 194,5 par 100.000 habitants pendant la période de 1851 à 1855, elle n'était plus que de 180,3 pendant la période 1871-1874 et de 142,1 pendant la période 1891-1894. (*Bulletin de l'Office du travail*, février 1899.)

Crémation. — *Madrid.* — D'après une lettre que nous recevons de M. le Dr Norlents (d'Arcas), il serait question d'établir un four crématoire dans la capitale de l'Espagne. Nous souhaitons prompte réussite au promoteur de cette réforme si utile au point de vue de l'hygiène.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Pruvost (de Loos), Maydieu (d'Argent), Morau (de Paris) ; de M. le Dr Grenat, décédé à l'âge de 84 ans, après avoir longtemps exercé dans le quartier du Marais et avoir joui de l'estime universelle.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS.

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements, destinés au Numéro des Étudiants, *de nous les adresser avant le 26 octobre, ce numéro devant paraître le 3 novembre.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 43. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 28 OCTOBRE 1899.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

De l'Hépatectomie.

[*Revue générale* (1).]

Par J. PANTALONI (de Marseille).

Définition. — On donne le nom d'*Hépatectomie* à l'ablation d'une partie, plus ou moins étendue, de la glande hépatique. En réalité, il s'agit toujours d'*Hépatectomie*, l'extirpation totale de la glande ne paraissant pas possible, chez l'homme au moins.

Synonymie. — *Hépatectomie partielle.* — *Résection du Foie.* — *Ablation* ou *Extirpation d'un lobe du Foie.*

Etymologie. — ἧπαρ-τος, foie ; ἐκτός, au dehors : *Ablation d'une partie du Foie.*

Historique. — Les premiers médecins qui se sont livrés à des études sur la chirurgie hépatique, ne se sont pas beaucoup préoccupés, on le soupçonne aisément, de cette intervention, l'une des plus graves et l'une des plus délicates de la médecine opératoire actuelle. Pourtant, comme nous l'avons fait remarquer, à propos de la suture du foie, ce n'est pas une intervention aussi récente qu'on l'a dit, et le premier cas (2) parait remonter bien avant 1870, époque où Bruns, pendant la guerre franco-allemande, eut l'occasion de pratiquer l'ablation d'une partie du foie chez un soldat ayant reçu un coup de feu dans le ventre. En effet, dès 1836, Fricke, cité par Nélaton, rapporte qu'on fit une résection pour *hernie traumatique du foie* ; et en janvier 1846, Macpherson opéra de la même façon et dans le même but. J. C. Massié, de son côté, en 1852, publiait un cas de résection d'une forte portion du lobe droit du foie pour plaie de l'organe hépatique, et Roustan, en 1875, citait quatorze faits analogues.

Certes, il s'agit là d'une *résection spéciale, extra-péritonéale* pour parler exactement ; mais c'est bien là une véritable résection cependant, et on ne peut pas passer ces faits sous silence, sous prétexte que le procédé utilisé alors (pédicule extérieur) n'est plus de mise aujourd'hui, et qu'il s'agit là d'une indication particulière.

Pour revenir à la *résection intrapéritonéale*, disons qu'on fit bien quelques expériences sur les animaux, de 1876 à nos jours ; mais le premier fait moderne ne date que de 1886 et a trait à l'extirpation d'une tumeur solide (Lins). Un an plus tard (1887), Langenbuch opérait de même un lobe flottant du foie d'une façon analogue. De 1887 à nos jours, les observations de résection hépatique se sont multipliées ; et il est impossible de les énumérer toutes, puisqu'elles atteignent déjà presque le chiffre respectable de la centaine. Nous les retrouverons d'ailleurs lorsque nous envisagerons les diverses tumeurs qui ont été extirpées. Bornons-nous à mentionner ici les travaux intéressants de Cecherelli (1887), Tiffany (1888), Loreta (1888), Garré (1888), Tansini (1891), Keen (1892), Cuneo (1891), Tricomi (1894), Del Vecchio (1895), Kousnetzoff et Pensky (1896), Ullmann, Schrader, Rosenthal, Elliot (1897), la discussion à la Société de Chirurgie de Paris (1897), la thèse de Fleck (1897), les recherches d'Auvray (1897), la brochure de R. Palacio (1898), le mémoire que cet auteur a publié récemment en collaboration avec M. le Pr Terrier (1898), l'article de W. Meyer (1899), etc. Parmi les auteurs qui se sont livrés à des études expérimentales, il faut absolument citer les noms de Glück, Griffini, Podvisotzky, Pick, Ponfick (1890), Lukjanow (1890), von Meister (1891 et 1894), Carnabel (1892), Roger (1892), Kauffmann (1895), Pensky (1895), Hedon et Delezenne (1896), Kousnetzoff et Pensky (1896), Auvray (1897), Corniol et Carnot (1897). Plusieurs de ces travaux, en particulier ceux de Ponfick, von Meister, Kousnetzoff et Pensky, et Auvray doivent être mis à part et en relief, en raison des nombreuses et utiles expériences qu'ils relatent, surtout au point de vue de la médecine opératoire.

Technique opératoire. — La résection du foie est une opération grave et une intervention difficile. Elle exige, pour être menée à bien, une réelle expérience de la chirurgie viscérale, et ne devra être tentée que par un chirurgien sûr de lui et ayant fait ses preuves. Le danger consiste surtout à se laisser entraîner et à

(1) Extrait d'un volume in-8° qui vient de paraître : PANTALONI (J.), *Chirurgie du Foie et des voies biliaires.* Paris, 1899, in-8°, beau volume relié de 626 pages, avec 318 figures dans le texte.

(2) Celse dit, en effet, qu'on doit exciser la partie du foie qui pend hors d'une plaie de l'abdomen.

enlever une partie trop considérable de l'organe : ce qui peut causer, sinon des désordres fonctionnels graves, du moins des difficultés énormes dans l'*hémostase* au cours de l'extirpation du néoplasme.

1° *Instruments.* — L'instrumentation, en dehors de celle habituelle à toute laparotomie, devra surtout être choisie pour permettre l'arrêt des hémorragies. On devra avoir à sa disposition tout l'arsenal des *pinces à pression*, en choisissant, bien entendu, des modèles appropriés à l'organe, depuis les petites pinces, destinées à la forcipressure temporaire des vaisseaux saignants à la surface de la section hépatique, jusqu'aux pinces à longs mors flexibles, analogues à celles de l'hystérectomie vaginale ou mieux, à celles qui servent aux opérations sur l'intestin. Holländer (1898) emploie pour l'hémostase des grosses veines une grande *pince spéciale* à mors élastiques. On y joindra quelques *curettes tranchantes* au cas où le curettage serait indiqué. Il ne faut pas oublier un *thermocautère*, peut-être même un galvano-cautère, si l'on peut disposer d'un modèle pratique, et surtout de faire préparer à l'avance tous les matériaux nécessaires pour un *tamponnement* sérieux. Le matériel pour les *ligatures* et les *sutures* doit être aussi choisi avec soin. Fils de soie et de catgut aseptiques, de différentes grosseurs ; liens de caoutchouc, de qualité vérifiée par la traction. On fera bien d'avoir à sa disposition, comme aiguilles à sutures, en dehors d'aiguilles à coudre ordinaires enfilées, une ou deux aiguilles de Reverdin courbe et droite, une aiguille d'Emmet à grande courbure, et même une aiguille d'Auvray à suture hépatique, sinon celle de Kousnetzoff et Pensky, etc. Au cas où l'on aurait à fixer le pédicule il faut se munir d'une broche, analogue à celles utilisées pour l'hystérectomie supravaginale, et aussi d'un trocart courbe, aplati en fourreau de sabre.

2° *Aides.* — Il sera prudent d'avoir deux aides, en dehors du chloroformisateur, quand on le pourra, car, pour favoriser l'hémostase ou pour empêcher les hémorragies, on n'aura pas trop de quelques mains disponibles, soit pour passer les instruments, soit pour comprimer le foie, ou les vaisseaux qui s'y rendent.

Manuel opératoire. — Il est, dans l'état actuel de la chirurgie, on ne peut plus malaisé de formuler des règles précises pour l'ablation d'un lobe du foie, car, on doit l'avouer, il n'est pas un cas clinique comparable à un autre. De plus, une foule de circonstances peuvent se présenter, qui obligent l'opérateur à modifier, séance tenante, la technique ayant ses préférences. On est donc presque obligé, aujourd'hui, sinon de donner un manuel opératoire spécial pour chaque sorte de lésion qu'on a à enlever, du moins d'utiliser une foule de procédés divers d'*incisions hépatiques*, de moyens hémostatiques, et de procédés de suture, suivant que l'on a à intervenir dans telle ou telle circonstance.

Toutefois, un certain nombre de règles, communes à tous les cas, peuvent dès maintenant être dégagées des nombreuses observations publiées ; et nous devons nous efforcer de les mettre en relief. Elles ont trait : 1° à l'*exploration* de la partie malade, au début de la laparotomie exploratrice ; 2° à l'*extériorisation de la partie à réséquer*, autant du moins que cela est possible ; 3° au mode d'*attaque* de la lésion (emploi d'instruments spéciaux), c'est-à-dire aux procédés divers de *section hépatique* ; 4° aux différents procédés utilisés pour obtenir l'*hémostase* absolue du pédicule hépatique ; et ce traitement du pédicule a désormais acquis toute l'importance qu'avait jadis celui de l'hystérectomie supra-vaginale, que l'on se borne à des ligatures ou des sutures, ou que l'on recoure en outre, à des pis-aller, suggérés par chaque cas particulier.

I. *Exploration du foie.* — Supposant la laparotomie exécutée, quelles recherches spéciales faut-il faire au cours de l'exploration d'un foie, dont on soupçonne qu'on aura à réséquer une partie ? Cet examen est, en effet, d'une utilité primordiale, car, on le sait, *toutes les lésions hépatiques ne sont pas opérables.* Avant de commencer l'ablation, il faut avoir une idée particulièrement nette de l'état du foie. Le diagnostic de l'affection ayant été posé après une exploration ordinaire, il faut désormais entrer dans l'examen des détails cliniques. On s'efforcera de reconnaître d'abord s'il s'agit, dans le cas de *tumeur*, le plus fréquent, d'une localisation *primitive* ou *secondaire* du néoplasme (on sait que les auteurs sont d'accord pour ne plus recommander aujourd'hui, sauf exception, l'intervention dans les cancers secondaires) ; si la tumeur est *unique* ou *multiple*, étant primitive : si elle *siège* en un point facilement accessible à l'opérateur (ce qui rendra l'intervention moins aléatoire), ou si elle est intrahépatique ; si elle a un *pédicule*, ou non ; si elle présente ou non des *adhérences* avec la paroi abdominale, ou avec les viscères du voisinage, etc., etc. Tous ces problèmes doivent être étudiés avant d'attaquer le foie, et il faut avoir tiré de ces diverses constatations toutes les conséquences qu'elles comportent, avant d'aller plus loin. L'exploration doit être aussi complète que possible, et, dans le choix de l'incision abdominale, on devra tenir un grand compte de cette considération. Qu'on l'ait faite médiane ou latérale, oblique ou non, il ne faut pas hésiter, si besoin est, à l'*agrandir* autant qu'il est nécessaire, à la *compléter* par des incisions de dégagement, comme le font souvent les opérateurs allemands. Aux grands maux, les grands remèdes ; et l'on s'en trouvera bien !

II. *Extériorisation du néoplasme.* — Avant de prendre le bistouri, le chirurgien devra s'efforcer, autant que possible, d'*extérioriser la partie du foie à extirper*, de l'énucléer pour ainsi dire de l'abdomen à l'aide de ces incisions, qu'il faut par suite pratiquer suffisamment grandes. Cela dans le but, soit de la fixer plus tard, à la paroi, soit de faciliter la résection. On *détache d'abord les adhérences* et on tire doucement le foie au dehors. Ce temps est quelquefois très délicat et peut exposer à la *déchirure* soit de la partie à enlever, soit du parenchyme hépatique voisin. Si un élargissement de la voie ouverte peut faciliter la manœuvre, il ne faut pas hésiter à y avoir recours. Et, si l'on déchirait à ce moment le foie, il faudrait faire de suite l'hémostase. Dans ce but, certains auteurs ont été très loin et ont eu recours à des artifices plus ou moins ingénieux.

a) *Laparotomie à lambeau (procédé de Micheli).* — Micheli a proposé récemment de faire *deux incisions verticales*, commençant à la hauteur de la cinquième côte, et se réunissant à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal par une *troisième incision* transversale, de façon à obtenir un véritable *volet* ou lambeau comprenant les parties molles, les côtes sectionnées, le sac pleural et le diaphragme, et facile à réduire en haut, sans ouvrir la cavité pleurale. Cette sorte de laparotomie à vaste lambeau pourra peut-être donner quelques résultats dans les cas de grosses tumeurs, ou de néoplasmes de la face supérieure du foie.

b) *Résection du bord inférieur du thorax (Procédé de Lannelongue).* — O. Lannelongue a préconisé la

réseetion de la partie inférieure du thorax, dont nous avons parlé au chapitre de la laparotomie exploratriee parahépatique.

c) Section des ligaments hépatiques (*Procédé de Tricomi*). — Dans un cas, Tricomi, pour énucléer le lobe gauche du foie, n'a pas hésité à pratiquer la *section des ligaments coronaire et triangulaire gauche*. La section du ligament coronaire doit être faite avec prudence, car on pourrait très facilement perforer le centre aponévrotique du diaphragme, et ouvrire la plèvre et le péricarde.

Toutefois, à supposer que cet accident se produisît, il ne faudrait pas s'effrayer; il suffirait de suturer de suite avec soin le diaphragme ou le péricarde, pour n'avoir rien à redouter, si l'intervention avait été aseptique.

III. *Section hépatique.* — On a attaqué le foie à l'aide d'un certain nombre de procédés, qu'on peut réunir en trois groupes, suivant que l'on a essayé de faire l'hémostase *avant*, *pendant* ou *après* la section du tissu hépatique. 1° Les procédés où l'hémostase est faite, au moins dans une certaine mesure, *au moment même de la section*, sont ceux qui sont basés sur l'emploi d'un instrument à la fois *coupant* et *hémostatique* : le *thermocautère*, le *galvanocautère*, etc. 2° Les procédés, où l'on s'efforce d'assurer l'hémostase *avant* la section, sont eeux dans lesquels on n'intervient qu'après avoir placé sur le foie des *ligatures intra-hépatiques* ou des *sutures* spéciales, destinées à isoler la partie malade, et à comprimer à l'avance les vaisseaux à sectionner. 3° Enfin, les procédés dans lesquels on réalise l'hémostase *après* l'ablation de la tumeur, ont pour base la *section au bistouri* ou *aux ciseaux*, ou même le *curettage* (Schmidt, Mikulicz), et l'arrêt de l'hémorragie par les moyens chirurgicaux habituels : *forcipressure* temporaire ou définitive; *ligature des vaisseaux sur la tranche; thermocautérisation* (fer rouge, vapeur d'eau, ou air chaud) *de la tranche* ; *tamponnement de la plaie* et du voisinage; *ligature*, ou *suture hémostatique* du foie; voire même, en désespoir de cause, la *ligature à distance des vaisseaux hépatiques* (ligature simultanée de la veine porte, et de l'artère mésentérique supérieure : Langenbuch, 1896).

Ces derniers procédés sont évidemment les plus chirurgicaux, sinon les plus pratiques, dans les conditions ordinaires. Dans beaucoup de cas pourtant, ceux de la seconde catégorie, surtout quand il s'agit de *tumeurs pédiculées*, peuvent donner d'excellents résultats, qu'on emploie des ligatures, ou même des compresseurs ou des pinces *ad hoc*.

A. La *section à chaud*, c'est-à-dire au *thermocautère*, perd de jour en jour du terrain. Elle n'est guère défendable à l'heure actuelle, que dans les cas de pédicule petit et peu vasculaire. Encore dans ces circonstances, semble-t-il préférable de recourir aux ligatures préalables. Jacobs a utilisé ce *modus faciendi* pour la section du pédicule d'un cancer relié au bord du foie; mais Eiselsberg a échoué et a dû recourir, pour arrêter l'hémorragie, à d'autres procédés. Il est bien évident que dans ces circonstances, le thermocautère doit être à *peine rouge*. Dans ce cas, la section effectuée, il n'y a pas du suture ultérieure à faire. On abandonne dans le ventre la partie cautérisée. En réalité, cette section est très peu hémostatique dès que le pédicule présente un certain volume.

B. Quand on veut attaquer le foie, l'*hémostase étant assurée à l'avance*, il faut procéder de différentes façons suivant les cas. — *a*) *Tumeur à petit pédicule.* — Dans les cas où la tumeur a un certain degré de *pédiculisation*, le procédé ordinaire de la *simple ligature* est applicable. On place une ligature *circulaire*, aussi serrée que le permet la résistance du tissu hépatique, sur la tumeur, au niveau de son point d'attache à la glande : ligature dont nous avons précisément fait connaître les principales variétés. On choisira, suivant ses préférences, le manuel opératoire, car il est difficile de dire aujourd'hui quels sont les procédés de ligature les plus sûrs, permettant de réduire le foie après résection. Si, pour une raison quelconque, on ne voulait pas faire la réduction, on choisirait de préférence la *ligature élastique*. La ligature placée, il reste à sectionner, soit au thermocautère, soit au bistouri, le pédicule. Toutefois, dans beaucoup de circonstances, sur cette surface de section, il a fallu ensuite soit toucher au thermocautère, de façon à cautériser la plaie saignante, soit lier des vaisseaux, qui donnaient assez abondamment. — *b*) *Pas de pédicule.* — Quand le pédicule est trop considérable ou quand il n'existe pas du tout, il faut absolument avoir recours à des procédés de *ligature plus complexes* encore, dits *intrahépatiques*. Les premiers essais dans ce sens ont été faits par Ceeherelli et Bianchi (1894); malheureusement leur méthode est d'une exécution très délicate. Puis sont venues les recherches de Koustnetzoff et Pensky (1896), et celles plus récentes d'Auvray (1897). Les procédés opératoires de ces auteurs n'ont pas encore fait leurs preuves au point de vue clinique, quoiqu'ils aient été quelquefois employés chez l'homme; mais ils sont à retenir. Aussi renvoyons-nous le lecteur au paragraphe que nous leur avons consacré au chapitre de la *Suture* proprement dite du foie.

C. Le procédé d'ablation d'une partie du foie qui devrait être le plus communément employé, est celui qui consiste à attaquer l'organe au *bistouri*, et à faire l'*hémostase* au cours de cette extirpation, ou immédiatement *après la résection*. Mais les procédés varient suivant que l'on emploie la méthode *intrapéritonéale* ou *extrapéritonéale*, c'est-à-dire suivant qu'on laisse dans l'abdomen la surface de section, ou qu'on la fixe à la plaie abdominale, exactement comme dans l'hystérectomie supravaginale.

I. Méthode intrapéritonéale. — C'est la méthode qui aujourd'hui tend à prévaloir, quoiqu'elle soit la plus difficile à exécuter. En tout cas, c'est certainement là le procédé de l'avenir, dont il ne reste d'ailleurs qu'à fixer certains détails, relatifs à l'hémostase. Toutefois, ici encore, il faut distinguer deux cas. — *a*) *Tumeur pédiculée.* — Quand il s'agit d'une tumeur bien pédiculée, d'un lobe flottant par exemple, rien de plus simple. Un coup de *bistouri* ou de *ciseaux* suffit. On n'a ensuite qu'à faire l'hémostase par les procédés que nous indiquerons. Bruns y a eu recours dès 1870, dans un cas de lobe détaché par une déchirure traumatique, et beaucoup de ceux qui ont extirpé des kystes hydatiques pédiculés n'ont pas procédé autrement. — *b*) *Tumeur intrahépatique.* — Quand il s'agit d'une *tumeur intrahépatique*, non pédiculisable, deux procédés ont été utilisés : 1° le *curettage*; 2° la *section au bistouri* par *dissection*, ou l'*énucléation*. 1° Le *curettage* ou *grattage* d'une tumeur intrahépatique a été utilisé plusieurs fois. Nous nous bornons à renvoyer le lecteur à ce que nous avons dit de cette manœuvre, qui est ici tout à fait exceptionnelle, et ne peut s'appliquer qu'à des cas très particuliers (Schmidt, Mikulicz, etc.). 2° *La section au bistouri* est le procédé idéal. Quand on est résolu à

l'employer, le principal est de garder tout son sang-froid, de façon à parer de suite aux hémorragies, parfois abondantes, qui peuvent se produire. Après avoir vérifié que l'on a bien sous la main tout l'appareil nécessaire pour lutter contre le sang, on attaque franchement, en plein tissu sain, si la tumeur ne se présente pas dans des conditions telles qu'une *énucléation* soit possible, comme dans les cas de kystes intrahépatiques (hydatiques ou biliaires) par exemple. On la dissèque assez vite, sans se presser toutefois, en prenant bien garde de ne pas laisser de parties dégénérées.

Fig. 25. — Schéma d'une résection hépatique, dans un cas d'adénome (Keen). — *Légende* : A, l'adénome dans son ensemble; *a'*, *b*, *c*, limites de la tumeur à l'examen clinique; a', partie saillante de l'adénome; *b*, *c*, a, partie de la tumeur se prolongeant dans le tissu hépatique; e, *f*, *a*, *g*, *h*, ligne de section hépatique pour l'ablation; *f*, a, *g*, partie de la tumeur énucléée avec l'ongle; e, *f*, *d*, *g*, *h*, lambeaux obtenus par l'ablation de l'adénome; *g*, *b*, vésicule biliaire.

Israël a utilisé cette méthode et a abandonné librement le foie dans le ventre après la résection, bien entendu après hémostase par les procédés que nous citerons plus loin.

Si possible, on s'arrangera de façon à faire une résection qui permette d'obtenir deux lambeaux minces, plus faciles à suturer. C'est ce qui s'est passé en 1892, dans un des cas de Keen (*Fig.* 25). C'est également l'opinion de Krause (1898), qui recommande vivement cette résection *cunéiforme*. Un ou deux assistants compriment le tissu hépatique avec leurs mains tout autour de la partie à enlever, pendant qu'on l'extirpe aux ciseaux ou au couteau. Après la suture seulement, on fait cesser la *compression*. L'*énucléation* des kystes hépatiques,



Fig. 26. — Extirpation partielle du foie et de la vésicule biliaire. (D'après Ullmann).

avec suture ultérieure du foie, peut rentrer dans cette catégorie de faits (Vigneron, etc.). Cette méthode donne aussi de bons résultats, quand elle est utilisée pour les résections très limitées qui accompagnent la cholécystectomie (*Fig.* 26). Rien n'est plus aisé alors de terminer par une suture ou par un tamponnement (Greig, Ullmann, Holländer, etc.)

II. Méthode extra-péritonéale. — Pratiquée au début en Allemagne, elle a été recommandée par les chirurgiens français surtout, mais elle tend désormais à perdre du terrain. Elle consiste à fixer le pédicule à la paroi abdominale, pour pouvoir le surveiller en tout temps, et souvent pour intervenir en plusieurs temps. On peut l'exécuter par plusieurs procédés : 1° *Ligature élastique*, avec *fixation*; 2° *fixation à l'aide de sutures seulement*. D'autre part, la fixation peut être faite après ou avant la *résection* ; enfin la résection peut être faite en *un* ou *plusieurs temps*.

1° *Fixation avec ligature élastique*. — Defontaine a insisté avec prédilection sur cette manière d'opérer (1897), après Terrillon d'ailleurs. D'après lui, le procédé de la ligature élastique est le meilleur moyen de se garantir contre les accidents d'hémorragie immédiate ou retardée (Expériences et observations de Terrillon). La tumeur étant détachée de toute adhérence, et attirée doucement au dehors, et, si on ne peut pas y parvenir, il est généralement préférable de renoncer à l'hépatectomie (Defontaine). L'application du lien élastique, destiné à mortifier et séparer la tumeur, suit l'extériorisation.

a) *Opération en un temps, à fixation première*. — D'après Defontaine, ce lien doit porter sur des tissus sains. Son application est simple, si la tumeur est nettement pédiculée. Mais, pour continuer un pédicule en cas de tumeur sessile, et surtout de tumeur s'avançant un peu dans le parenchyme hépatique, il devient nécessaire de placer une *double ligature élastique*. A cet effet, un *trocart courbe*, aplati un fourreau de sabre et à pointe mousse, est introduit dans le foie, qu'il traverse de haut en bas en passant derrière la tumeur. Dans ce trocart sont introduits deux liens élastiques, qui restent en place après son retrait, et sont serrés l'un à droite, l'autre à gauche de la tumeur; on a ainsi deux ligatures divergentes, qui limitent dans leur angle la partie à enlever. Si la tumeur, tout en présentant une large base d'implantation, est proéminente, il suffit de placer à sa base une seule ligature, au-dessus d'une *broche* destinée à empêcher son glissement. Cette broche d'acier, d'un calibre bien inférieur à celui du trocart, peut elle-même être enlevée immédiatement après la constriction du lien élastique, si celui-ci s'est creusé un sillon capable d'assurer contre son glissement. Le degré de constriction du lien élastique est difficile à préciser, mais ne doit pas être d'emblée trop fort pour ne pas déchirer les tissus, et il vaudrait mieux l'augmenter au besoin, les jours suivants.

Avant de circonscrire la partie à lier, le lien élastique, encore rectiligne, doit être légèrement tendu dans son ensemble, et on maintient cette tension pendant qu'on achève d'entourer la zone de section. Quand il y a ligature unique, c'est-à-dire ne pénétrant pas dans l'intérieur du tissu, il est bon de faire deux tours élastiques, si le lien employé n'est pas de fort calibre. Les deux chefs sont saisis par une pince à pression qui les maintient provisoirement et à laquelle on substitue immédiatement une ligature à la soie de gros calibre, dont les chefs sont coupés longs, afin de pouvoir ultérieurement attirer le lien élastique pour en augmenter la constriction et placer plus loin une nouvelle ligature. On fait ensuite la *fixation du pédicule à la paroi*, en refermant, bien entendu, par trois plans de suture, la partie de l'incision qui ne doit pas rester béante et fixée directement au pédicule. Des sutures à la soie placées sur toute la circonférence de ce pédicule. établissent sa

fixation. De courts surjets entrecoupés peuvent convenir, si le pédicule est très volumineux; mais, dans bien des parties, on sera obligé de placer des points séparés nombreux. Les sutures sont passées avec l'aiguille fine et courbe de Reverdin, ou l'aiguille à pédale, de façon à prendre la capsule de Glisson dans l'étendue de quatre à cinq millimètres, et à ne pénétrer dans le tissu du foie qu'à une profondeur de un à deux millimètres. Une première rangée doit unir le péritoine pariétal à la zone hépatique voisine, mais en s'écartant le plus possible du lien élastique, de façon à laisser l'espace nécessaire pour placer un autre rang de sutures unissant le foie aux aponévroses. Cette deuxième rangée ne demande pas la régularité exigible de la suture péritonéo-hépatique, qui doit assurer l'occlusion de la cavité séreuse, mais elle est nécessaire pour soutenir cette dernière et résister efficacement à la tendance que la tumeur extériorisée peut avoir à rentrer, surtout pendant les mouvements inévitables de l'opéré. Cette méthode, avec quelques variantes, a été employée par Sklifossowsky, Rosenthal, Bastianelli, Keen (*Fig.* 27), etc., etc. L'opération se trouve terminée quand l'excision de la tumeur a été faite (*Opération en un temps, à fixation première*).



Fig. 27. — Aspect de la paroi abdominale au niveau du foie, après extirpation, par la méthode extrapéritonéale, d'un angiome du lobe gauche. (Dessin de Keen, d'après une photographie.)

b) *Opération en deux temps.* — Mais souvent la section de la tumeur est considérée comme inutile, car elle ne pourrait être complète sans porter trop près du lien élastique et exposer, par sa chute prématurée, à des hémorragies, le travail d'oblitération vasculaire n'ayant pas eu le temps de se produire. Un pansement est alors placé, en attendant la *mortification aseptique de la tumeur.* Il n'est levé, après quarante-huit heures, que si l'on juge à propos de surveiller la constriction du lien élastique et de l'augmenter, soit par l'établissement d'une ligature au-dessus de la première, soit en

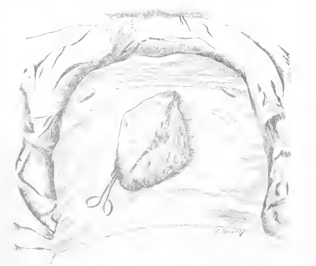


Fig. 28. — Aspect de la région hépatique d'un malade qui a subi la résection du foie d'après la méthode extrapéritonéale. (Vue de la surface réséquée avec pédicule faisant hernie). (D'après Tricomi).

plaçant un deuxième lien élastique par-dessus celui qui a été posé pendant l'opération, lorsque la tumeur est mortifiée, ce qui demande une semaine, mais seulement au bout de ce temps, qui assure aussi la fixation du foie à la paroi (*Opération en deux temps* de Tillmans, Tricomi (*Fig.* 28), etc.). Terrillon a enlevé la partie gangrenée au 7ᵉ jour; Lucke, le 9ᵉ jour; Tricomi, le 14ᵉ jour. On peut sectionner la tumeur auprès du lien élastique, que l'on enlève ensuite. Le thermocautère convient pour exécuter cette section et cautériser sa surface, constituée par le tissu hépatique. La cicatrisation se fait ensuite régulièrement. On voit qu'il s'agit là parfois d'opération en plusieurs temps.

c) *Résection première.* — D'autres fois, on fait la section hépatique et l'hémostase avant de fixer le foie. C'est ainsi qu'a procédé Hochenegg. Il a appliqué des rouleaux de gaze iodoformée sur la surface d'incision (mode de tamponnement spécial que nous avons déjà signalé), puis a fixé le foie à la paroi, à l'aide d'une tige qui traversait ces rouleaux de gaze, de même que la capsule hépatique et le tampon qui obturait la plaie. Treize jours après, il a enlevé le tout et le foie adhère à la paroi.

2° *Fixation à l'aide de sutures simples.* — Schmidt s'est contenté de suturer le foie à la plaie extérieure, avant d'enlever la tumeur, et il recouvrit le tout de gaze iodoformée, sans employer la ligature élastique préalable. Mais ce procédé, qui a été utilisé par d'autres opérateurs (Hochenegg, etc.), paraît moins sûr que le précédent et en tout cas, a été beaucoup moins employé. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos du traitement de l'appendicite.

Depuis qu'elle a causé la mort de quelques personnalités marquantes, l'appendicite est considérée comme une « maladie à la mode » et certes elle mérite à plus d'un titre cette qualification, car il est peu d'affections qui, de leur pathogénie à leur traitement, subirent autant de fluctuations et donnèrent lieu à plus de controverses.

Au point de vue pathogénique nous nous bornerons à énumérer les théories successives du corps étranger, de la lithiase appendiculaire, du catarrhe appendiculaire, de la compression vasculaire, du vase clos où s'exalte la virulence des microbes vulgaires de l'intestin, etc., théories qui durant un instant furent tour à tour admises et délaissées.

La thérapeutique de l'appendicite n'a guère été plus stable. Le traitement médical fut d'abord seul préconisé, car il n'est pas de praticien qui n'ait à son actif la guérison d'une vingtaine d'appendicites par ou malgré le traitement qu'il a prescrit. La chirurgie, envahissante depuis l'antisepsie, tenta la conquête du traitement de l'appendicite et ce ne fut pas sans quelque succès. Les médecins effrayés de trop nombreux exemples de péritonite par perforation de l'appendice se laissèrent assez facilement convaincre. Tous ne tardèrent pas à admettre la nécessité de l'ablation de l'appendice à froid après une récidive ; mais médecins et chirurgiens se partagèrent en interventionnistes à outrance et en prudents opportunistes. Notons qu'à la tête des interventionnistes fut un médecin dont la grande autorité consacra un instant le principe de l'intervention rapide, le professeur Dieulafoy. Il formula ainsi la règle du traitement de l'appendicite : L'intervention chirurgicale doit être faite

en temps opportun, c'est-à-dire dans les 24 heures qui suivent l'éclosion de la maladie. Depuis les discussions se sont succédé dans les Sociétés et dans les Congrès, les opérations se sont multipliées et si l'on consulte le compte rendu des séances du dernier Congrès de Chirurgie, l'on peut constater que les chirurgiens paraissent en France beaucoup moins intransigeants que par le passé au sujet du principe de l'intervention immédiate. A l'étranger le même phénomène se manifeste. Le dernier numéro du journal de Liège, *le Scalpel*, publie, sous la signature du Dr Paul Royen, le résultat d'une enquête faite aux Etats-Unis sur l'appendicite. Les chirurgiens américains n'ont pas une réputation d'excessive timidité et cependant sur six dont le *Scalpel* publie l'opinion, quatre sont d'avis de n'intervenir que dans un nombre restreint de cas. « Je ne suis nullement d'avis qu'il faille intervenir dans tous les cas où le diagnostic est nettement établi, dit le Dr Ch. Mac Burney (de New-York), pas plus que je ne pense l'amputation de la main nécessaire aussitôt que l'on a découvert une blessure septique à l'un des doigts. » — « Je ne suis pas partisan d'une opération dans tous les cas reconnus, dit à son tour le Dr Hunter Mac Guire; trop de cas se terminent favorablement et d'une façon définitive pour qu'on puisse discuter à cet égard. » Les Drs Nicolas Senn (de Chicago), Ch.-K. Bridon (de New-York) et A.-J. Mac Coste émettent des opinions analogues tandis que le Dr R.-T. Morris (de New-York) est partisan de l'opération aussitôt le diagnostic établi et que le Dr Ch.-A. Powers (de Denver) est interventionniste avec quelques restrictions.

Que conclure après ces opinions contradictoires? La question n'est certes pas encore tranchée, mais il est piquant de voir un médecin, M. Dieulafoy, prêcher l'intervention rapide et d'entendre d'autre part nombre de chirurgiens français et américains conseiller une prudente réserve. Le fait est curieux à signaler et le chapitre de l'appendicite n'est pas encore celui où Hippocrate et Galien sont sur le point de s'entendre.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(XIIIe CONGRÈS) (*suite*) (1).

Séance du 20 octobre 1899 (matin).

Cholédocotomie.

M. Reynier expose les résultats que lui a donnés la cholédocotomie pour calcul biliaire. C'est au procédé de cholédocotomie sans suture qu'il a eu recours et auquel il donne la préférence, parce qu'il lui a donné de bons résultats.

M. Doyen expose quelques considérations techniques concernant la chirurgie du foie et notamment la possibilité de faire l'extirpation sous-séreuse de la vésicule biliaire.

M. Bouilly, à propos de deux cas personnels de *résection iléo-colique*, développe quelques considérations concernant le diagnostic de la nature tuberculeuse, néoplasiques ou inflammatoire de certaines lésions du segment iléo-colique de l'intestin.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 42.

Traitement chirurgical du cancer du côlon.

M. Phocas rapporte un cas de cancer du côlon traité avec succès par la résection. La laparotomie a démontré l'existence d'un noyau dur au niveau du côlon transverse, sans aucune apparence de participation de la séreuse. Je procède immédiatement à la résection large du côlon transverse, que j'enlève dans l'étendue de 17 centimètres. Cette large résection est justifiée par une sensation de dureté que présente l'intestin au-delà de la tumeur proprement dite. Avec le colon, j'extirpe la totalité de l'épiploon et une partie du mésentère. L'âge relativement avancé du patient et son état général médiocre m'ont engagé à terminer l'opération rapidement. Aussi, je me suis contenté de fixer l'intestin au dehors et d'établir un anus contre nature. Le malade a parfaitement guéri. Son anus, opéré dans la suite, a été fermé, et il ne reste désormais qu'une petite fistule stercorale, que j'ai fermée tout dernièrement. L'opération date de huit mois (21 février 1899). Il n'y a aucune apparence de récidive.

Rétrécissement inflammatoire du cæcum.

M. Vautrin attire l'attention sur les rétrécissements inflammatoires du cæcum. On leur reconnaît comme pathogénie, en dehors de la tuberculose et des néoplasies diverses, les ulcérations typhiques ou dysentériques, l'appendicite, la pérityphlite et généralement les phlegmasies péricæcales. Il faut ajouter encore la syphilis dont il rapporte un cas :

Il s'agit d'un homme de 42 ans, qui souffrait de troubles intestinaux graves depuis 5 à 6 ans. On avait constaté, au début, l'existence d'une tumeur dans la région cæcale et on avait établi le traitement spécifique. A deux reprises, dans l'intervalle de 3 ans, ce traitement fit disparaître les accidents. Dans la suite la médication spécifique demeura impuissante, et des signes d'obstruction s'étant manifestés, je dus intervenir. Je fis la résection du cæcum sur une longueur de 12 centimètres. La guérison se fit sans encombre et le malade put reprendre son travail.

Il est certain qu'il existe au cæcum des ulcérations provoquées par la syphilis et même un syphilome analogue à celui décrit dans le rectum.

L'étude des onze cas de rétrécissement inflammatoire du cæcum que j'ai recueillis démontre : 1° Que la valvule iléo-cæcale est presque uniquement le siège de cette lésion; 2° que la résection est le meilleur mode de traitement. Elle donne 8 guérisons sur 9 cas; 3° que si la résection est impossible ou dangereuse, le meilleur mode de traitement est l'entérorraphie avec exclusion de la portion intestinale malade.

Traitement de l'appendicite.

M. Delaunay envisage les résultats iliaques que lui a donnés la *résection du cæcum.*

M. Roux (de Lausanne) fait une communication dans laquelle il développe longuement ses tendances actuellement abstentionnistes en matière d'appendicite à chaud. Les résultats de cette pratique lui paraissent beaucoup supérieurs à l'intervention d'emblée qu'on tend à préconiser dans tous les cas et qui peut avoir de graves inconvénients.

M. Larger aboutit à des conclusions encore plus radicales, tend à supprimer complètement le traitement chirurgical et par contre vante les bons effets de la cure purement et exclusivement médicale.

M. Guillemain insiste sur les douleurs persistantes que produisent les adhérences consécutives aux appendicites et nécessitent une intervention tardive. Relativement aux appendicites à chaud, il commence toujours par le traitement médical et il n'intervient que quand ce traitement échoue, ou quand il y a un abcès nettement constaté. Pour les appendicites à chaud il incise très en dehors, près de l'épine iliaque antéro-supérieure, presque parallèlement à l'arcade crurale. Deux fois il a enlevé l'appendice; en règle générale il faut se contenter d'ouvrir l'abcès sans rechercher l'appendice, quitte à l'enlever plus tard à froid. Ses faits personnels et ceux d'autres chirurgiens qu'il a pu observer, prouvent que l'ablation de l'appendice augmente la gravité de l'acte opératoire et expose aux fistules stercorales. En somme, sa manière de faire

se rapproche beaucoup de celle que JALAGUIER a, cette année même, défendue à la Société de Chirurgie.

M. JONNESCO fait une étude critique et expérimentale de la splélectomie et expose les résultats que lui a donnés la ligature seule des vaisseaux spléniques.

Séance du 20 octobre

Tumeurs des os.

M. GROSS (de Nancy) présente une observation des plus intéressantes par son extrême rareté; il s'agit d'une tumeur osseuse de la rotule qui avait pris les caractères d'une tumeur pulsatile, elle fut traitée par l'ablation de la rotule, et à ce moment on ne constata aucune lésion du côté des autres os avoisinants. Quatre mois plus tard, le malade revint avec un néoplasme identique dans le condyle interne et bientôt la généralisation s'en suivit. Le malade mourut cachectique, avec des symptômes de compression cérébrale. M. Gross, en face de l'évolution et des caractères histologiques de cette tumeur, se demande s'il ne s'agit pas là d'une véritable maladie infectieuse.

M. DOYEN divise les tumeurs osseuses primitives, au point de vue chirurgical, en deux catégories : 1° Les tumeurs des os isolés entre deux articulations mobiles ; 2° tumeurs des os unis aux os voisins par des synostoses (crâne) ou encore les tumeurs atteignant à la fois les deux surfaces osseuses d'une jointure. A côté de cela, il faut mettre les tumeurs osseuses de propagation, venues des tissus mous environnants. Dans la 1re catégorie, il faut enlever l'os complètement ; dans la 2e catégorie, il faut réséquer aussi largement que possible.

M. FOYNE (de Montpellier) a observé onze ostéosarcomes des membres et pratiqué 9 interventions, sur lesquelles il y a trois récidives. Il faut intervenir tôt et largement. Dans une des tumeurs opérées, M. Foyne a trouvé les caractères histologiques d'un « endothéliome lymphatique » ce qui lui expliquerait la malignité extrême de cette néoplasie et M. Foyne se demande si ce n'est point toujours le cas dans les tumeurs d'une malignité aussi grave.

M. JONNESCO apporte une observation d'anévrisme traumatique des os. Cet anévrisme se serait manifesté à la suite d'une chute sur le genou, dans le condyle externe du fémur ; l'ablation fut suivie de guérison et au microscope on ne découvrit aucun élément néoplasique, ni cellules épithéliales ni myéloplaxes.

M. PONCET n'est pas convaincu par cette observation et il croit qu'il s'agit plutôt d'une tumeur vasculaire qui aurait rongé l'os.

M. FAURE déclare que les tumeurs malignes des os doivent *toutes* être enlevées et le plus largement possible ; l'abstention n'est permise qu'en cas d'impossibilité anatomique. Il faut toujours dépasser le mal, ce qui est possible dans les membres ; on peut encore y arriver au niveau des articulations en faisant l'interscapsulo-thoracique au membre supérieur, l'internucléo-abdominale au membre inférieur. M. Faure a fait ensuite 12 interventions, dont 4 morts, 2 récidives certaines, 1 récidive probable et 3 guérisons, l'une depuis 23 mois, les deux autres depuis 10 et 35 mois.

M. CALOT donne quelques notions d'étiologie et de diagnostic pour les tumeurs osseuses ; elles sont très rares chez les enfants et M. Calot a vu deux frères atteints de tumeurs malignes et un troisième se plaint de douleurs au fémur ; le diagnostic est souvent difficile et peut se confondre avec la tuberculose. Il y a un moyen de diagnostic : ce sont les injections de naphtol camphré, dans lesquelles on ramène un liquide sanguinolent, s'il s'agit de tuberculose.

M. DEGNOUS a trouvé un cas de *maladie kystique du péritoine*, dont la première observation a été présentée par Péan. L'opération montra dans toute la cavité péritonéale la présence d'une multitude infinie de petits kystes. L'examen histologique démontra qu'il s'agit, dans ces cas, de lymphangiomes kystiques, contrairement à l'opinion de Péan.

M. FOYNE relate un cas d'infection péritonéale post-opératoire très précoce, dans lequel il est intervenu avec succès lorsque la malade était dans un état absolument désespéré, ce fut, dit M. Foyne, une véritable résurrection. M. Foyne pense que, dans tous les cas, il faut intervenir, laver et bien assécher la cavité pelvienne et drainer par la cavité abdominale, ajoutons que ces cas ne réussissent que s'il s'agit d'infection du petit bassin.

M. VILLAR (de Bordeaux) rapporte trois observations semblables avec guérison.

M. DOYEN n'est pas d'avis qu'il faut intervenir dans ces infections péritonéales ; il vaut mieux éviter l'infection, en drainant après l'intervention. M. Doyen a observé plusieurs cas de pelvi-péritonites chez l'homme ; cette affection présente d'ailleurs les mêmes symptômes dans les deux sexes ; elle peut résulter d'une infection ascendante (testicule, vésicules séminales, prostate, rectum, sacrum) ou d'une infection descendante (suppurations appendiculaires).

M. RÉMY est d'avis que dans les cas où l'on a infecté le péritoine en ouvrant une poche suppurée, par exemple, il faut, pour éviter la septicémie, laisser la cavité péritonéale ouverte et pratiquer un large tamponnement, qui supprime la tension intra-abdominale ; il présente deux observations dans lesquelles il a obtenu la guérison.

M. VILLAR relate un cas de fibrosarcome ayant atteint toute l'épaisseur de la paroi abdominale, y compris le péritoine, et ayant occupé presque toute la hauteur et toute la largeur de la paroi ; il fit l'ablation de toute la paroi et grâce à des incisions libératrices faites aux quatre côtés, il put obtenir une réunion immédiate ; la malade guérit.

M. CHIBRET présente un cas de rupture de la paroi abdominale, et à propos d'une toux, au niveau d'une cicatrice opératoire ; mais, fait intéressant, ce n'est pas au niveau de la cicatrice, mais à côté, en un point où s'était éliminé un fil, par un abcès ; au moment de la rupture, deux mètres d'intestin sortirent de la cavité et restèrent pendant six heures à l'extérieur ; la malade guérit.

M. FÉVRIER présente deux cas de brûlures par radiographie, une première avec simple érythème, la deuxième suivie d'escarre ; M. Février a constaté un point intéressant, c'est que, dans ces cas, les escarres tombent et se renouvellent au bout de quelque temps.

M. VAN STOCKUNS (Rotterdam) présente une observation de phlegmon ligneux, dont il fit un examen histologique, et il constata la présence de corps hyalins et de microbes pseudo-diphtériques.

Séance du 21 Octobre 1899 (matin).

M. ODENOT (de Lyon) rapporte un cas d'*épithélioma primitif du vagin*, à forme atrophique et à marche lente, qui, irrité par l'ablation, fut suivi de guérison. Trois ans après, il n'y avait pas encore de récidive.

M. FERRIER fait quelques remarques à propos d'une observation de *calcul du rein* extrait par néphrotomie. L'examen radioscopique était resté infructueux.

M. LEJARS expose des considérations très intéressantes sur les *suppurations péri-rénales* : la collection en développe en avant du rein, elle fait relief en avant, du côté du flanc, et l'incision doit en être pratiquée par la voie extérieure. Ces abcès anté-rénaux sont d'ailleurs, d'origine et de pathogénie diverses, comme en témoignent les 5 faits suivants : La première malade présentait, dans la région rénale gauche, une grosse masse fluctuante, qui paraissait aussi accessible par le flanc que par la région lombaire, et dont l'évolution avait été celle d'un abcès périnéphrétique ordinaire. Je pratiquai l'incision classique des abces, et j'arrivai directement sur le flanc postérieur du rein, la collection siégeait en avant de lui. Grâce à un débridement transversal, je réussis, en contournant le bord autour de l'organe à ouvrir l'abcès qui contenait environ 250 grammes de pus ; j'installai le drainage et la guérison eut lieu sans incident. La situation était autrement comptée dans les deux cas suivants : le premier est celui d'une femme de 50 ans, qui présentait, depuis plusieurs jours, des accidents de pseudo-occlusion intestinale : le ventre était considérablement ballonné, très douloureux, surtout à gauche, où l'on percevait vaguement dans le flanc et la région ombilicale, une vaste tuméfaction profonde. Je pratiquai la laparotomie, et dès que le ventre fut ouvert, je vis faire hernie le côlon descendant refoulé par une masse volumineuse, qui occupait

toute la hauteur du mésocôlon: les deux feuillets mésocoliques étaient sous-tendus par une couche gélatineuse, jaunâtre, d'œdème purulent. J'incisai le feuillet mésocolique gauche, et, dissociant cette nappe infiltrée, j'arrivai sur une poche profonde, flactuante, dont la ponction ramena environ 400 grammes de pus. La poche fut alors marsupialisée et drainée; elle occupait manifestement la face extérieure du rein. Un autre malade, actuellement encore dans mon service, m'avait été envoyé dans un état infectieux des plus graves: on sentait, dans la profondeur du flanc droit, très haut remontant jusque sous le foie, une masse volumineuse et de fluctuation obscure. L'incision fut pratiquée en avant et conduisit dans une vaste poche suppurée péri-rénale. Ces trois premières observations se rapportent donc à des suppurations antérieures, d'origine rénale ou péri-rénale. — Chez nos deux dernières malades, bien que la localisation fût exactement semblable, il paraît bien que la collection fût d'une autre origine. L'une d'elles avait été prise: immédiatement après un accouchement, de douleurs croissantes dans la fosse iliaque et le flanc droit, accompagnées de fièvre et d'accidents non douteux d'infection ; très vite, une tumeur était apparue dans le flanc droit, sous le foie. Au moment de l'intervention, elle semblait remplir toute la région, et l'on crut à un abcès périnéphrétique ordinaire. Mais l'incision antérieure donna issue à une notable quantité de pus brunâtre, d'une fétidité intestinale extrême, et contenu dans une poche pré-rénale, bien limitée et adhérente à la paroi. Il s'agissait, sans doute, d'un abcès d'origine appendiculaire ou colique. Peut-être en était-il de même chez ma dernière opérée, qui, elle aussi, à la suite d'une couche, avait été prise de douleurs dans le flanc droit; l'évolution avait, d'ailleurs, été chez elle beaucoup plus lente, la tumeur avait grossi peu à peu, conservant d'abord une consistance très dure : ces caractères, joints à l'affaiblissement progressif, avait même fait émettre l'hypothèse d'un néoplasme. Quand je vis la malade, la tumeur, vaguement arrondie, fluctuante, faisait relief en avant, à la paroi abdominale. L'incision, ici encore, ouvrit un abcès bien limité, à contenu fétide, abcès profond, occupant la région rénale antérieure.

Il y a donc là un type particulier de suppuration de siège bien défini, mais de pathogénie variable, qui peut prêter à des erreurs, et qui mérite d'être étudié à part.

Comme cause de ces abcès préréuaux, M. GUINARD ajoute la *pancréatite suppurée*.

M. BRAQUEHAYE a traité une *fistule vésico-vaginale* de la façon suivante :

1er *temps* : Incision circulaire autour de la fistule. 2e *temps* : Dissection de la muqueuse vaginale isolée par l'incision depuis ladite incision jusqu'à 2 millimètres du bord de la fistule, ce qui forme en ce point un pédicule circulaire. 3e *temps* : Suture au catgut de la collerette de muqueuse disséquée, de manière que la face vaginale soit retournée vers la cavité vésicale. 4e *temps* : Suture comme par le procédé américain de la large surface avivée résultant du retournement de la muqueuse. L'aiguille entre près de la section vaginale, sort près du pédicule de la collerette suturée au 3e temps, pénètre de nouveau du côté opposé dans la surface cruentée et ressort dans la muqueuse au delà de la tranche vaginale. On serre les fils et, en affrontant les 2 tranches vaginales, on enfouit la collerette suturée. Ce procédé a été essayé deux fois par l'auteur. Dans le premier cas, il s'agissait d'une fistule consécutive à une hystérectomie et admettant la pulpe du pouce, le résultat fut parfait du premier coup. La seconde malade était une femme arabe restée huit jours en travail, bien que son mari, selon la mode arabe, lui eût appuyé des deux genoux sur le ventre et l'ai fait tomber du haut d'un chameau lancé à toute vitesse. La malheureuse s'était bien luxé la hanche, mais l'enfant n'était pas sorti. Une sage-femme indigène fit alors une application de forceps et arracha l'utérus et les annexes et déchira la cloison vésico-vaginale. Le procédé décrit plus haut fut appliqué pour faire un colpocleisis et réussit. Cette méthode paraît avoir les avantages suivants : 1° pas de perte de substance. 2° Double plan de tissus, assurant doublement l'occlusion. 3° Le plan superficiel par son affrontement rend la collerette profonde flottante, ce qui facilite la réunion. 4° Le plan profond, par la façon dont il est suturé, fait une occlusion d'autant plus hermétique que la pression intravésicale est plus grande. 5° La surface d'avivement est aussi large que par n'importe quel procédé. 6° Il y a peu de sang pendant l'opération, car ce qui saigne, c'est la muqueuse vésicale, or il est impossible de la blesser.

M. LAVAUX envisage le *pronostic et le traitement de l'hématurie* : L'hématurie spontanée est une variété d'hémorragie très rarement mortelle. Les quelques faits en apparence contradictoires publiés dans ces dernières années n'ont pas la valeur qu'on a voulu leur attribuer.

Le pronostic dépend essentiellement de la cause.

L'hématurie ne peut être invoquée comme indication opératoire que dans certains cas de tumeurs du rein ou de tumeurs pédiculées ou sessiles de la vessie. Dans les cas de cancer infiltré des parois vésicales, l'hématurie, si elle est convenablement traitée, ne présente presque jamais de gravité.

Il n'est pas démontré que l'hématurie due à la tuberculose des voies urinaires puisse quelquefois nécessiter, seule, une intervention chirurgicale.

Toute opération est formellement contre-indiquée dans les cas d'*hématurie* dite *essentielle*. On ne peut recourir à un traitement chirurgical rationnel qu'après avoir fait un diagnostic complet et très précis.

Dans les cas d'hématurie due à une lésion de la vessie, des injections intra-vésicales pratiquées avec un liquide aseptique très chaud, une solution saturée d'acide borique par exemple, peuvent rendre de réels services.

M. LEGUEU, à propos de la *cure chirurgicale de l'hydrocèle* préconise le procédé dit de retournement déjà employé, par Jaboulay et Doyen. Il en a obtenu les meilleurs résultats. Il importe de fixer la vaginale retournée par quelques points de suture, afin d'éviter qu'elle ne se déroule vers son sens normal.

M. SEBILEAU à ce sujet pense qu'on a trop abandonné les méthodes thérapeutiques non sanglantes, notamment les ponctions et l'injection iodée susceptibles de donner de très bons résultats, et non suivies de récidive.

M. PICQUÉ a autrefois partagé les même idées, mais a abandonné complètement la méthode des injections iodées ayant observé parfois du sphacèle des bourses, de la douleur, de la lenteur dans la guérison ; des récidives, et des accidents graves d'iodisme.

M. GUINARD partage exactement les mêmes opinions que M. Picqué sur la supériorité de la cure chirurgicale.

M. BRAQUEHAYE a lui aussi obtenu les meilleurs résultats du retournement de la vaginale.

M. LEGUEU, envisageant non plus la technique mais les indications de la cure sanglante, préconise cette dernière dans tous les cas.

M. CHIPAULT expose les résultats heureux qu'il a obtenus en traitent les ulcères variqueux par l'élongation des nerfs.

Séance du 21 octobre 1899 (soir).

M. J.-L. FAURE insiste sur les avantages de la *ligature temporaire des artères*, sa supériorité sur la ligature définitive, et sur le pincement. Il a exécuté cette ligature temporaire dans un cas de désarticulation de la hanche pour un énorme ostéosarcome de la racine de la cuisse. La réparation a été très rapide. Dans une hystérectomie abdominale pour cancer, après ligature des deux iliaques internes, qui a permis de disséquer parfaitement les tissus malades et de rétablir le cours du sang dans une des deux artères de façon à vivifier de nouveau les tissus du petit bassin. Enfin dans une tentative d'extirpation d'un énorme ostéo-sarcome de l'os iliaque, il a pratiqué la ligature temporaire de l'aorte abdominale elle-même, ligature qui fut faite dans ce cas avec un fil élastique maintenu par une pince et sortant par la plaie abdominale. Il a été ainsi très facile de lever la ligature à la fin de l'opération et après la fermeture du ventre. Il pense qu'en dehors de quelques grosses opérations sur les membres, c'est dans l'hystérectomie abdominale pour cancer que cette ligature temporaire trouvera ses indications principales.

M. GUILLEMAIN a opéré dans les conditions suivantes : fracture du coude gauche à l'âge de 6 ans ; 26 ans après se manifeste une paralysie cubitale à évolution rapide qui, en quatre

mois, est à peu près complète : inexcitabilité du nerf cubital au poignet, réaction de dégénérescence des muscles atrophiés; pressé dans la main le dynamomètre donne 5 kilog. à gauche et 38 à droite. Opération le 31 octobre 1895 : elle consiste en une libération du nerf comprimé dans un canal ostéo-fibreux, et en un évidement de la portion osseuse du canal. Le nerf atteint de névrite aiguë est rouge, augmenté de volume et bosselé. L'amélioration de la paralysie n'est devenue appréciable qu'au bout de six mois : elle est allée en s'accentuant pendant 3 ans. Le dynamomètre donne 32 kilog. contre 40 du côté sain. Le malade estime que la main est à peu près revenue ce qu'elle était avant la paralysie.

M. L. CHAMPIONNIÈRE insiste sur la *suppression de l'immobilisation* dans le traitement des lésions articulaires après les traumatismes (plaies, fractures, opérations); dans le traitement des maladies aiguës et surtout des maladies chroniques (tumeurs blanches). Si le repos de l'articulation est utile et indiqué lors des maladies articulaires; l'immobilisation est aussi pernicieuse pour l'organe malade que pour un organe sain. Elle est un obstacle à une bonne nutrition. La persistance du mouvement est une condition indispensable d'un bon retour aux fonctions. Le mouvement conservé n'a pas besoin de représenter une longue course articulaire mais il doit pouvoir être répété jusqu'à guérison de l'article. M. Championnière l'a démontré d'abord pour les fractures et pour les plaies articulaires. Les fractures articulaires que l'on immobilise encore avec tant de soin (coude, extrémité supérieure et inférieure de l'humérus) guérissent plus vite et mieux sans immobilisation avec des mouvements méthodiques. Les plaies des articulations ont besoin d'une action antiseptique très puissante, mais, celle-ci obtenue, elles guérissent toujours mieux sans immobilisation et permettent la conservation ou le retour rapide des mouvements. Les plaies opératoires des articulations en ont donné les meilleurs preuves et M. Championnière a le premier supprimé l'immobilisation d'une façon absolue après l'opération pour la fracture de rotule et pour toutes les opérations articulaires en général. Même après l'arthrectomie il rétablit les mouvements le plus vite possible sans faire d'application immédiate d'appareil inamovible. Il recherche et obtient la conservation des mouvements là où beaucoup de chirurgiens n'obtiennent que l'ankylose. Après les résections qui doivent être suivies du rétablissement des mouvements, depuis de longues années, il a supprimé les appareils inamovibles (coude, épaule, poignet, petites articulations). La mobilisation très rapide des jointures nouvelles est un point capital pour obtenir des mouvements parfaits. Les inflammations articulaires et surtout les arthrites tuberculeuses n'ont pas davantage besoin de l'immobilisation. L'excès de douleur peut en faire une nécessité. Mais, dans tous les cas dans lesquels cet excès de la douleur ne la commande pas, la conservation d'une certaine dose de mouvements est plus favorable à la réparation que l'immobilisation absolue. M. Championnière peut citer un bon nombre d'observations de tumeurs blanches du genou, de l'articulation du coude, de la tibio-tarsienne qui lui ont donné des guérisons bien persistantes et avec mouvements parfaits. L'application de pointes de feu suivie de l'application d'un emplâtre de Scott modifié, avec ouverture ou injection des foyers à l'iodoforme et au naphtol, forment le traitement sans *application d'appareil inamovible* et avec une conservation d'une certaine quantité de mouvements, en certains cas avec conservation *de la fonction* du membre. M. Championnière a eu l'occasion d'agir ainsi en bon nombre de circonstances dans lesquelles l'application de l'appareil inamovible était considérée comme urgente et comme indispensable. La guérison a été obtenue avec une conservation parfaite des mouvements. Parmi les cas les plus remarquables il peut citer celui d'un enfant qui fit à 5 ans et à 7 ans une tumeur blanche tibio-tarsienne et qui guérit si bien qu'il a été pris pour le service militaire et l'a accompli sans encombre. Plus près de nous une fillette de cinq ans âgée aujourd'hui de onze ans a fait une suppuration du genou, une tumeur blanche des plus menaçantes et traitée sans immobilisation en rétablissant même la marche très vite elle présente aujourd'hui un genou absolument souple et solide.

M. MÉNARD expose la *technique de la résection de la hanche dans la coxalgie*. Elle peut être indiquée dans trois conditions. Coxalgie compliquée d'un abcès rebelle à la méthode des injections, coxalgie récemment fistuleuse, coxalgie anciennement fistuleuse.

Dans le premier cas, l'opération doit être pratiquée aseptiquement et terminée par une réunion complète par première intention. La résection aseptique est la mieux réglée. L'incision de choix, confondue assez souvent avec celle de l'abcès, se place en avant de la ligne verticale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure; on la complète par un trait horizontal qui libère complètement le grand trochanter. Le col fémoral est sectionné sur place : les manœuvres de la luxation préalable exposeraient à la fracture du fémur, devenu fragile dans la coxalgie ancienne. La tête enlevée, on pratique le curettage complet de la cavité articulaire et des prolongements fongueux sous la forme d'abcès, l'avivement du cotyle et le cas échéant l'ablation des séquestres, l'élargissement des perforations cotyliennes, et enfin le nettoyage des foyers intra-pelviens. Ce temps est le plus essentiel. S'il est bien exécuté, on peut ensuite, après la toilette de la plaie, faire la réunion complète sans drain.

Le pansement est recouvert d'une large attelle plâtrée avec abduction et traction énergique, qui a pour effet d'abaisser le grand trochanter, libéré par l'incision.

L'allongement du membre, qui résulte de cette manœuvre sera conservé, si, dans la suite, on applique convenablement l'extension continue. En fait, le caractère complet du curettage nous a été démontré, par nos 19 opérés, dont la guérison définitive a été obtenue dans tous les cas. Il ne s'est produit une fistule que chez quelques-uns.

M. CALOT. — En réservant donc pour l'instant la question de la mobilisation de la hanche je crois pouvoir conclure en disant qu'il est possible dans un très grand nombre de cas de guérir les tumeurs blanches en conservant la mobilité des articulations, que l'on est autorisé après avoir guéri le foyer tuberculeux par des injections intra-articulaires à développer cette mobilité puisque dans le cas très rare où ces manœuvres réveilleraient le foyer morbide on pourrait l'éteindre par les mêmes injections et que même dans ce cas on n'aurait par conséquent rien perdu à essayer. Ainsi nous pourrons à l'avenir obtenir une véritable et complète guérison des tumeurs blanches : guérir le mal en sauvant le fonctionnement de la jointure. Et dans une très large mesure nous aurons supprimé ou du moins atténué les infirmités que laissent trop souvent après elles les tumeurs blanches.

M. COUDRAY expose les résultats heureux qu'il a obtenus par la réduction non sanglante de la *luxation congénitale de la hanche*. Cette guérison peut et doit être complète anatomiquement et physiologiquement. Il fait constater ses résultats par des photographies radioscopiques. M. Redard en montre l'analogue, et confirme les assertions du précédent orateur.

M. MORESTIN étudie les différents *traitements opératoires du pied plat*, et parmi ceux-ci donne la supériorité à l'astragalectomie ; les résultats qu'il a obtenus de cette opération au point de vu fonctionnel et de rétablissement du creux plantaire ont été très satisfaisants.

M. MAUCLAIRE fait valoir l'utilité de *l'examen radioscopique avant et après l'intervention chirurgicale pour pied bot*. Dans un cas de pied bot varus équin paralytique, traité par l'astragalectomie, il a tiré grand bénéfice de cet examen préliminaire qui a servi à diriger l'acte opératoire.

M. CALOT *fait une communication sur la mobilisation des ankyloses*. L'on doit séparer les ankyloses d'origine tuberculeuse de celles qui succèdent à des affections articulaires non tuberculeuses.

Celles-ci sont de petites raideurs ou des ankyloses complètes. Les petites raideurs se guérissent sans difficulté et sans danger, par les mobilisations répétées comme cela se pratique en bloc pour vingt malades à la fois dans les instituts Zander. Les ankyloses complètes ne peuvent être mobilisées qu'autant qu'on a, dans une intervention faite sous chloroforme, amorcé tout d'abord le mouvement. L'on court le danger de provoquer ainsi une inflammation violente de l'arti-

culation traumatisée. Mais ce danger, on peut le conjurer en immobilisant mathématiquement les deux leviers articulaires dans les jours qui suivent l'intervention. L'on ne commencera les exercices de mobilisation que lorsque la sensibilité et la fièvre auront disparu. Rien à perdre, le pis qui puisse arriver c'est de revenir à l'état antérieur, et près de moitié des chances d'obtenir des mouvements utiles, six à dix mois de traitement. Voilà comment la question doit être posée au malade, à qui je laisse toujours le soin et la responsabilité de la résoudre.

L. LONGUET.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE.

(4e SESSION. 19-21 OCTOBRE 1899.)

La session est ouverte le 19 octobre, à 2 heures, sous la présidence de M. le Pr GUYON, assisté de MM. ALBARRAN de Paris) et A. MALHERBE (de Nantes), vice-présidents; de MM. DESNOS, secrétaire, et GUIARD, trésorier. Avaient encore pris place au bureau : MM. PONCET, président du Congrès; ALLIER (de Lyon); MONOD, POUSSON, anciens vice-présidents de la Société d'Urologie, etc.

Dans une brève allocution, M. le président Guyon fait connaître le développement de l'Association française d'Urologie. Il annonce que, pour la première fois, une section de chirurgie urinaire sera instituée dans le Congrès International qui aura lieu à Paris en 1900. Après avoir remercié les chirurgiens français et étrangers qui sont venus à Paris prêter leur concours à l'Association, M. Guyon déclare le Congrès ouvert. Cinq nouveaux membres sont admis en qualité de titulaires, puis M. LEGUEU a la parole pour la lecture du Rapport sur les :

Hématuries essentielles.

Après avoir passé en revue les diverses causes connues qui peuvent déterminer des hématuries abondantes, les rapporteurs se posent la question de savoir s'il existe vraiment des hématuries essentielles, c'est-à-dire indépendantes de toute maladie générale et de toute lésion locale constatable, en un mot, des hématuries abondantes qui consisteraient en un simple trouble fonctionnel. Ils montrent, en faisant un relevé de tous les cas connus d'hématuries dites essentielles, que, sauf des exceptions infiniment rares, trop rares ou trop suspectes pour ne pas confirmer la règle, on a toujours rencontré des lésions, lésions parfois très limitées et constratant par leur insignifiance apparente avec les hémorragies formidables qu'elles peuvent causer.

C'est ainsi que l'encroûtement sablonneux d'une pyramide, l'ulcération d'une très petite artériole causée par un tubercule miliaire ont pu amener des hématuries incoercibles.

Mais le point le plus nouveau et le moins connu jusqu'à présent qui se trouve mis en lumière dans le rapport, c'est le pouvoir hémorragipare de certaines scléroses parfois très limitées et peu avancées et fréquemment unilatérales.

C'est sans doute par ces scléroses que doivent être expliquées les hémorragies rénales qui ne relèvent ni de la lithiase, ni de la tuberculose, ni d'un néoplasme. Il y a encore quelques formes d'hématurie très rares, comme ces hématuries de la grossesse sur lesquelles M. Guyon a appelé l'attention. La mobilité du rein a été relevée plusieurs fois comme cause d'hématurie. Il y a encore quelques cas d'hématurie qui n'ont pas été expliqués par les lésions trouvées à l'autopsie. Pour elles, la question est ouverte. Quant aux hématuries hémophiliques, trop facilement admises en Allemagne, elles sont, en réalité, fort rares et ne doivent être acceptées que chez un sujet notoirement hémophilique.

En résumé, il n'y a pas d'hématuries essentielles. Il y a des hématuries à lésions minimes, difficiles à déceler, mais non pas des hématuries sans lésion. Les quelques cas encore inexplicables seront, sans doute, éclairés par de nouvelles observations.

Quant au traitement chirurgical, il réside principalement dans l'incision exploratrice suivie de néphropexie, néphrotomie et, dans les seuls cas de tuberculose ou de cancer, néphrectomie si l'autre rein est intact.

De même, dans le rein mobile, la néphropexie a suffi pour faire disparaître complètement des hématuries en rapport avec la néphroptose. En pratique, la difficulté du choix de l'opération résulte de l'hésitation où l'on se trouve au sujet de la cause réelle de cette hématurie. Quoi qu'il en soit, voici la conduite que nous proposons. En présence d'une hématurie rénale, rebelle aux moyens habituels, l'incision exploratrice s'impose. Le rein est mis à nu : on explore sa surface, on note ses adhérences, sa mobilité. S'il est mobile, s'il paraît sain à sa surface, on peut se contenter de le fixer sans l'ouvrir: ce serait cependant une garantie de faire la néphrotomie exploratrice avant la nephropexie. Le rein est incisé ; il faut ne pas laisser inaperçue une tuberculose miliaire au début. Si l'on trouve le rein tuberculeux ou un petit néoplasme, il faut l'enlever. Mais en dehors de ces circonstances, nous pensons qu'il faut s'en tenir exclusivement à la néphrotomie. La néphrectomie secondaire reste comme dernière ressource contre une hématurie qui aurait résisté au traitement chirurgical conservateur.

Hématuries de la grossesse.

M. GUYON (en son nom et au nom de M. ALBARRAN). — En février 1897, j'ai attiré l'attention sur les hématuries répétées durant la grossesse et l'allaitement ; les observations en étaient rares et les accoucheurs ne les avaient que peu observées. Depuis, deux faits nouveaux ont été soignés à Necker. En voici le résumé. 1er *cas*. Au cours d'une 2e grossesse, après quelques troubles de miction, apparaît une hématurie au 7e mois. Le cathétérisme de l'uretère montre avec toute certitude que le sang vient du rein droit. Les hématuries cessent avant l'accouchement dès le 7 juillet. L'accouchement a lieu le 18. Les hématuries n'ont pas reparu depuis, la malade, a été revue le 12 septembre.

2e *cas*. Il s'agit d'une femme enceinte de six mois ; les hématuries, datant de quatre mois, sont abondantes; l'examen cystoscopique permet de voir que l'hématurie est rénale et montre une dilatation des veines et des veinules de la vessie.

Il y avait aussi une modification du jet uretéral, au lieu de deux jets successifs, l'écoulement de l'urine par les uretères se faisait en bavant et d'une manière continue.

Ces faits expliquent jusqu'à un certain point, pourquoi les femmes enceintes sont exposées à l'hématurie. Mais on peut se demander, dit M. Guyon, si, étant donnée la rareté des hématuries de la grossesse, il ne faut pas une lésion pour déterminer chez les femmes grosses les hématuries qui sont seulement favorisées par la congestion spéciale de la vessie due à la grossesse.

Par conséquent, les hématuries de la grossesse ne seraient pas, en réalité, des hématuries essentielles.

M. TÉDENAT (de Montpellier) (*hématurie idiopathique*) a observé plusieurs hématurics abondantes, essentielles au premier abord et qui en somme relevaient du brightisme.

Exemple : Un étudiant en Médecine prend froid en montagne ; Il a des hématuries plusieurs années ; alors on trouve de l'albuminurie et des cylindres. Six ou sept ans après, il est pris de lésions oculaires, puis meurt subitement d'hémorragie intestinale.

Second fait : Un homme de 50 ans a des hématuries pendant trois ou quatre jours ; un mois après, nouvelles hématuries, pas de symptômes autres. Le malade mangeait énormément d'asperges. Les asperges sont supprimées ; l'hématurie disparaît, on trouve de temps en temps un peu d'albuminurie. L'année suivante, nouveaux abus d'asperges ; nouvelles hématuries. Depuis lors, le malade s'abstient d'asperges et se porte assez bien.

Troisième cas : Berger atteint d'hématuries rénales gauches avec vives douleurs ; exploration négative ; on soupçonne un calcul. Tédenat trouve un kyste hydatique. Il y avait aussi des îlots de sclérose superficielle. Tédenat cite quelques nouveaux cas publiés en Angleterre, montrant que des lésions rénales légères peuvent donner de grosses hématuries. Tédenat cite encore un cas d'hématurie provenant d'un rein dont le pédicule était comprimé par un cancer du côlon.

M. POUSSON (de Bordeaux). — Mes conclusions sont absolument celles du rapport et celles de M. Tédenat. J'apporterai seulement deux faits nouveaux. Premier fait : Blanchisseuse atteinte d'hématuries excitées par la fatigue et la station de-

bout. Elle souffrait un peu à gauche. On ne trouve aucune lésion et aucun trouble urinaire. Pousson croit à un calcul et met le rein gauche à nu après examen cystoscopique. Rein gros un peu mollasse. Pas de calcul. Aucune lésion visible au premier abord, mais on trouve dans le bassinet une petite valvule bouchant l'uretère. Le rein était mobile et quand il changeait de position, il y avait une véritable rétention et de la congestion rénale. Incision de la valvule, néphropexie. Les hématuries cessent cependant. Pousson doit faire plus tard une néphrectomie pour des accidents d'infection.

M. Pousson a observé chez un homme de 37 ans des symptômes de lithiase rénale vers l'âge de 12 ans. A 33 ans, hématuries, rein un peu gros. Calcul ayant un prolongement qui pénétrait dans l'uretère et déterminant la rétention et la congestion qui en est la suite.

M. ALBARRAN (de Paris). — L'hématurie essentielle a été admise jusqu'à ces derniers temps dans les divers travaux français et étrangers. Kersmacker paraît avoir le premier appelé l'attention sur les lésions minimes qui peuvent déterminer l'hématurie. M. Albarran a observé des hématuries profuses comme premier symptôme de néphrites. Outre les cas signalés dans le rapport, M. Albarran rapporte des cas empruntés à Rovsing et un cas récent observé par lui-même. Ce malade que l'on croyait avoir une névralgie lombo-abdominale, fut pris d'hématurie et vit M. Albarran qui pratiqua la néphrotomie et trouva un petit noyau unique de sclérose à la base d'une pyramide du rein, la substance corticale étant saine. Il existe, dit M. Albarran, 13 cas d'hématuries dues à des scléroses, ne pouvant être reconnues que par des observateurs expérimentés. Il n'y a que 2 cas jusqu'à présent inexplicables (ceux de Schede et de Klemperer). Les autres manquent d'examen microscopique. Il y aura lieu de reprendre les notions actuelles relatives à la néphrite qui n'est, sans doute, pas unique et compreud des lésions bien dissemblables. Nous ignorons pourquoi telle ou telle forme de néphrite est hématurique. Dans les lésions tuberculeuses, cancéreuses, calculeuses du rein, il y a toujours coexistence de lésions inflammatoires encore mal connues; mais on ignore quelle est la part de ces lésions dans les hématuries.

Au point de vue pratique, M. Albarran ajoute que les hémorragies terribles que donne la néphrotomie dans les reins hématuriques s'arrêtent par le tamponnement soigné fait jusque dans le bassinet. Mais ce tamponnement doit être laissé longtemps en place.

M. BOURSIER (de Contrexéville), signale la confusion souvent faite des hématuries lithiasiques avec les hématuries essentielles. On peut chez les goutteux voir des hématuries attribuables au passage de l'acide urique. Chez les enfants de goutteux on peut voir des hématuries reconnaissant la même origine. Les graviers oxaliques par leurs arêtes tranchantes peuvent être la cause d'hématuries sans crises néphrétiques véritables. Il y a des douleurs sourdes et de la pollakiurie avec oxalurie et présence de globules sanguins dans l'urine. Les hématuries essentielles des enfants seraient en somme le plus souvent es hématuries oxaluriques. Chez l'adulte, la vie sédentaire, les préoccupations faciliteraient l'hématurie.

M. HAMONIC (de Paris). — Il y a des *hématuries prémonitoires des affections rénales* dont la pathogénie est encore très obscure. On sait qu'une lésion très légère du rein peut donner lieu à de fortes hématuries. On observe parfois de fortes hématuries suivies d'un retour à la santé parfaite pour des années. M. Hamonic suit cinq sujets qui urinent du sang depuis cinq à quinze ans, sans qu'on ait trouvé ni altération des urines, ni symptôme quelconque pendant de longues années. Tout à coup des accidents ne néphrite grave ont éclaté dans les deux premiers cas; dans le troisième, des accidents de tuberculose: dans le quatrième, néoplasie du rein gauche; dans le cinquième, néphrotomie sans résultat anatomo-pathologique précis. Les autres faits observés sont analogues aux précédents.

M. GALLAN-GLEIZE (de Vittel), ne croit plus aux *hématuries sine materia*; il a bien observé un certain nombre d'observations d'hématuries, mais sans que les reins malades aient pu être examinés. Dans quatre cas les hématuries ont été longtemps après suivies de symptômes bien nets de pierre rénale ou médicale ou de tumeur du du rein.

M. IMBERT (de Montpellier), cite le cas d'un homme de 32 ans, atteint depuis l'âge de 4 ou 5 ans d'hémoptysies, d'hémorragies sous-cutanées. Vers 16 ans, épistaxis allant jusqu'à la syncope. Vers 20 ans, nouvelles hémoptysies. Arthropathies spéciales dues à des hémarthroses spontanées comme celles qu'on a signalées dans l'hémophilie. Hématuries à partir de l'âge de 23 ans. Nouvelle hématurie, il y a quelques mois. M. Imbert insiste sur ce que le père et la mère du malade étaient atteints tous deux d'affections hépatiques au moment de la conception. M. Imbert propose les injections de gélatine, préconisées pour les anévrimes de l'aorte par Lanceraux.

M. LOUMEAU (de Bordeaux). — Je rapporterai deux cas personnels d'hématurie traités l'un par la néphrotomie, l'autre par la néphrectomie. Dans le premier cas, la néphrotomie suivie de tamponnement, amena la guérison qui ne s'est pas démentie depuis 14 mois. Second cas : ablation d'un rein volumineux et mou. Mort seize jours après par insuffisance rénale. L'auteur regrette de n'avoir pas fait la néphrotomie.

M. ESCAT (de Marseille) s'est occupé déjà depuis quelques années des *hémorragies chez les prostatiques*. Déjà, en 1897, M. Escat avait trouvé les reins pleins de caillots. L'hématurie rénale est masquée par l'hématurie vésicale. Les hématuries ne sont pas seulement *ex vacuo*. L'infection joue dans ces hémorragies un rôle important. M. Escat a observé récemment une hématurie grave chez un prostatique. Injection de sérum: évacuation de la vessie; l'hématurie s'arrête. M. Escat pense qu'il vaut mieux ne pas faire la cystostomie dans ces cas et cite plusieurs cas d'échec de cette opération, notamment un cas d'anurie et mort consécutives. En présence d'une grande hématurie chez un prostatique, le pronostic doit être très réservé. Les plus grandes précautions doivent être prises pour l'évacuation de la vessie et l'antisepsie doit être aussi soignée que possible. M. Guiard conseille dans ces cas la mise à demeure d'nne sonde et les piqûres de morphine.

M. CASTAN (de Béziers) étudie depuis plusieurs années les hématuries essentielles; il communique une intéressante observation d'*hématurie supplémentaire* chez une femme ayant des troubles mentruels. Il conclut à une véritable hématurie essentielle. Il défend l'influence de la toxémie sur la production des hématuries et cite quelques expériences en cours sur la question.

M. PASTEAU (de Paris) suitdepuis plusieurs années une femme de 44 ans, ayant eu trois grossesses: pendant la troisième elle eut des douleurs lombaires qui, de 1879 à 1885, ont toujours persisté. En 1885, jaunisse et coliques hépatiques qui reviennent par crises jusqu'en 1893. A ce moment la douleur changea de caractère et de siège. C'est alors que M. Pasteau vit la malade pour la première fois. Elle avait du sable rouge qui disparut par le traitement, mais les douleurs persistaient. M. PASTEAU trouve un *rein mobile non volumineux*, non douloureux; quelque temps après, crise avec augmentation de volume et tension du rein. Après quelques jours, le rein diminue, une première hématurie apparaît et dure quelques jours après quoi tout rentre dans l'ordre. Les crises de douleurs, rétention rénale et hématurie finale se répètent.

En 1896, au mois de mai, opération par M. le Dr Potherat. Rein d'apparence absolument normale. Néphropexie, suites excellentes. Depuis lors, ni crises, ni hématuries. Les coliques hépatiques seules persistent. M. Pasteau pense que c'est bien la mobilité du rein qui a amené l'hématurie. Cette hématurie était plus abondante quand les crises venaient au moment des règles.

M. BARBELLION (de Paris) cite le cas d'un malade opéré par M. Guyon de calcul vésical, puis atteint d'accidents prostatiques. Sondages et hématuries; infection vésicale. Forte hémorragie provenant du bulbe de l'urètre.

M. DESNOS (de Paris) a observé des cas d'hématurie chez un goutteux : cette hématurie pendant cinq années se produisit, précédant toujours une attaque de goutte. La dernière attaque fut suivie de douleurs pendant la marche, les mouvements, etc. M. Desnos fit la néphrotomie et retira un calcul. La goutte persista, mais non l'hématurie. Dans plusieurs autres cas,

M. Desnos vit survenir des hématuries analogues. Dans un des cas, le cathétérisme de l'uretère lui fit découvrir un calcul. La néphrotomie exploratrice doit être employée quand le cathétérisme de l'uretère est insuffisant.

Séance du 20 octobre. — Présidence de M. le Pr Malherbe.

Traitement abortif de la blennorrhagie.

M. B. Motz (de Paris). — Je présente les résultats obtenus par ma méthode dans le traitement abortif de la blennorrhagie. Si le malade est dans les conditions nécessaires pour le traitement abortif, je fais immédiatement le lavage de l'urètre antérieur (segment par segment) avec la solution du permanganate de potasse à 1 p. 500. Douze heures après, je lave l'urètre antérieur avec la solution du permanganate de potasse à 1 p. 1.000 et à la fin de la séance, je change la solution et je fais le lavage de l'urètre postérieur avec la solution à 1 p. 2.000. Si la sécrétion diminue et devient plus liquide, je continue à faire les lavages de l'urètre antérieur avec du permanganate de potasse à 1 p. 2.000 et douze heures après les lavages des deux urètres avec la même solution. Si au contraire la sécrétion ne diminue pas, je fais encore un troisième et quatrième lavage avec la solution du permanganate à 1 p. 1.000.

Sur vingt-cinq cas soignés par cette méthode, j'ai obtenu vingt-trois fois des résultats très satisfaisants ; deux fois je n'ai pas pu appliquer ma méthode à cause de l'impossibilité de passer dans l'urètre postérieur.

M. Noguès (de Paris). — A l'appui des conclusions du Dr Motz, je dirai que tout le secret du traitement abortif de la blennorrhagie me paraît résider dans les deux points suivants : d'abord la nécessité de n'intervenir que chez les malades qui sont encore à la période préinflammatoire de la blennorrhagie et de s'abstenir de tout traitement chez ceux qui sont entrés dans la période des accidents aigus ; en second lieu, saisir avec précision l'indication du lavage de l'urètre postérieur. Sur ce point, après avoir défendu des opinions un peu différentes, je me déclare partisan résolu du lavage systématique de l'urètre postérieur. Sans doute, on peut avoir des succès en ne lavant que l'urètre antérieur, mais c'est là l'exception et comme il est difficile de saisir le moment précis où se fait l'infection de l'urètre postérieur, il vaut mieux ne pas s'abstenir et procéder à une désinfection complète. Or, le mérite de M. Motz a été de nous indiquer une heureuse formule qui nous permet de laver la totalité du canal sans avoir ces réactions vives, ces douleurs aiguës, ces urétrorrhagies et même ces rétentions qui ont été signalées. Depuis un an, j'emploie dans son intégralité la méthode de M. Motz et si je n'ai pas de résultat chiffres à apporter, je garde la conviction profonde que cette méthode a une incontestable supériorité autant au point de vue des accidents à l'abri desquels elle nous met que des résultats thérapeutiques qu'elle fournit.

M. Guiard (de Paris). — Je continue d'être opposé à l'emploi systématique des doses fortes comme traitement abortif. La réaction séreuse qu'elles déterminent me paraît devoir être soigneusement évitée. Le sérum, on le sait, est le meilleur terrain de culture pour les gonocoques et la sérosité urétrale en est abondamment chargée. D'autre part, les doses fortes ont l'inconvénient d'être douloureuses et de provoquer fréquemment des accidents. Les doses faibles de 1 p. 5.000 à 1 p. 10.000 ont le grand avantage d'être aussi efficaces et de ne produire ni douleurs, ni hématuries, ni réaction séreuse, ce qui prouve que cette dernière est loin d'être indispensable pour la guérison.

M. Noguès. — Les doses que M. Guiard appelle fortes me paraissent cependant s'imposer dans plusieurs cas ; dans les formes subaiguës, je commence par les lavages à 1/4.000e pour tâter la susceptibilité de mon malade et habituer le sphincter à se laisser franchir. Or, très souvent, pendant que j'en reste à ces doses faibles l'écoulement purulent persiste et il faut que j'arrive à des solutions au 1/2.000e à 1/1.500e pour voir cette sécrétion remplacée par un liquide clair qui indique que l'on est sur la voie du traitement.

Traitement abortif de l'urétrite gonococcique.

M. Keersmaecher (d'Anvers). — Le traitement abortif ne doit pas être confondu avec un traitement héroïque. Il n'est possible qu'au début de la maladie. L'urétrite commence au moment de la culture intra-urétrale du gonocoque ; donc immédiatement après le coït infectant. Comme on ne peut pas se baser sur un symptôme quelconque souvent très mal observé par le malade, on doit rechercher le moment du coït infectant. Si on se trompe à ce sujet, on risque d'instituer le traitement abortif alors qu'il ne peut plus être question que d'un traitement simplement curatif, héroïque si on veut, mais ne pouvant plus s'appeler abortif. Je me sers des grands lavages, mais au moyen de la sonde et de la seringue. J'estime que le traitement abortif doit être limité aux quatre jours qui suivent le coït incriminé.

M. Guiard (de Paris). — Le coït infectant est difficile à préciser, et ne peut guère servir à fixer le début de la maladie, et il faut s'en tenir à l'apparition du premier symptôme. L'emploi de la sonde me paraît de nature à produire un traumatisme regrettable ; les lavages sans sondes doivent à mon avis être préférés. Il est même utile de pratiquer d'abord dans presque tous les cas une instillation de cocaïne pour rendre le sphincter moins résistant et réduire ainsi au minimum le traumatisme des manœuvres.

Abcès para-urétral à gonocoques sans blennorrhagie urétrale.

M. Genouville (de Paris). — Chez un malade, deux culs-de-sac glandulaires s'ouvrant à côté du frein donnèrent du pus pendant six semaines sans que l'urètre fût contaminé. L'incision des trajets fistuleux amena une guérison rapide.

M. E. Reymond (de Paris). — J'ai eu l'occasion d'observer un fait très analogue à celui que vient de signaler M. Genouville, mais je ne crois pas, comme lui, qu'il s'agisse toujours, en pareil cas, d'abcès d'origine glandulaire. J'ai publié ici même, il y a deux ans, en collaboration avec mon maître M. Hartmann, un cas d'abcès para-urétral survenu chez une femme, et l'examen histologique des parois de la poche nous a montré que celle-ci était constituée aux dépens d'un conduit vraisemblablement congénital.

Quant au malade blennorrhagique, auquel je fais allusion, il présentait un léger degré d'hypospadias et au niveau de son méat deux canaux symétriquement disposés, parallèles à l'urètre ayant quatre centimètres de longueur. Chacun de ces canaux s'ouvrait d'une part à l'extérieur et d'autre part dans le canal. Alors que la blennorrhagie du malade semblait guérie par les lavages de l'urètre, survenait une petite collection au niveau d'un des canaux dont les deux orifices se fermaient ; la collection augmentant, un des orifices s'ouvrait à nouveau et si c'était l'orifice externe on en voyait sortir un pus épais contenant à foison des gonocoques.

Des instillations de solution forte de permanganate faites dans ces conduits ont permis de débarrasser le malade de cette cause de récidive blennorrhagique.

M. Noguès. — Je crois que cette disposition congénitale chez les hypospades est fréquente et la véritable conduite à suivre est, après débridement des orifices, le lavage avec une petite seringue.

A l'égard de l'observation que M. Genouville vient de nous communiquer, je crois que les dispositions de ce genre sont bien faites pour expliquer les incubations de durée tout à fait exceptionnelle, dont j'ai rapporté un exemple au Congrès de l'an dernier.

Traitement des urétrites chroniques.

M. A. Castan (de Béziers). — Voici la ligne de conduite que je suis en présence d'un malade atteint d'urétrite chronique : examen de la goutte, des urines avec leurs filaments, du canal, des sécrétions prostatiques après massage, ceci pour le diagnostic complet.

Quant au traitement, je fais dans tous les cas, systématiquement, la dilatation le plus souvent jusqu'à 60, avec massage du canal et le massage prostatique. J'attache à ces manœuvres physiques une importance capitale.

Je ne crois pas à la spécificité d'un médicament, sauf pour les formes gonococciques, où le permanganate ne peut être discuté. Je l'emploie en grands lavages à 1/10.000e avec l'appa-

reil d'Albarran. Dans les types non gonococciques, j'emploie les grands lavages au sublimé à 1/20.000e, et lorsqu'il ne donne pas de résultat, successivement une série de médications, instillations de nitrate d'argent, d'eau oxygénée, d'acide picrique, protargol suivant mon manuel opératoire, etc... Depuis quelque temps, convaincu de la fréquence extrême de l'urétrite postérieure et de la prostatite chronique, je donne la préférence au *gargarisme prostatique* au nitrate d'argent, de M. le Pr Guyon : je n'ai eu qu'à m'en louer.

Par cette méthode, ma statistique comprend 30 urétrites chroniques, avec 28 guérisons complètes et définitives.

L'eau oxygénée et l'acide picrique dans le traitement des urétrites.

M. A. Castan (de Béziers). — J'ai employé le premier l'eau oxygénée dans la thérapeutique de l'urètre.

J'ai traité sans succès dix blennorrhagies aiguës gonococciques. Cinq urétrites à microbes variés avec une guérison complète et une amélioration notable.

Ce n'est donc pas un antiseptique très puissant, dans ces cas; mais il peut être employé sans dangers, ni douleurs, lorsqu'on a épuisé d'autres ressources. J'injecte 2 c.c. dans l'urètre postérieur, et deux dans l'antérieur. Il sort aussitôt un flot de mousse par le méat; il y a quelquefois un peu de pneumaturie. Quant à l'acide picrique, il m'a paru également sans action dans les formes gonococciques. Dans les formes chroniques il peut rendre des services. Peut-être faudrait-il le réserver à de très vieilles gouttes, avec lésions anciennes; la puissance régénératrice de ce médicament sur les cellules me semble avoir une grande influence sur la guérison de ces cas.

(A suivre.) A. Malherbe.

CONFÉRENCE SUR LA PESTE

Par M. le Dr Calmette.

Mercredi, la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle avait convié, à l'occasion de la *Séance de rentrée*, tout le monde médical à venir entendre M. le Dr Albert Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, qui traitait : *La Peste.*

Le président, M. le Pr Landouzy, présente le Dr Calmette, déjà bien connu dans la science, malgré son âge, par ses travaux remarquables sur le sérum antivenimeux, sur la peste, et par l'Institut qu'il dirige. « Le Dr Calmette partit à Oporto comme savant, parce qu'il avait à étudier; comme médecin, des malades à guérir et qu'il écoutait la grande voix de Pasteur qui lui montrait le devoir; et nul autant que le Pr Calmette ne comprit le devoir, parce que nul plus que lui n'était capable de l'accomplir. »

La parole est alors donnée au Pr Calmette qui s'exprime ainsi :

« En 1894, lorque Yersin partit pour Hong-Kong, personne ne pouvait supposer que 5 ans à peine après, la peste nous menacerait jusque dans l'Europe occidentale. Nous étions habitués depuis longtemps à regarder la peste comme une maladie historique, devenue incompatible avec les progrès de l'hygiène moderne.

« Cette croyance, il nous faut la perdre, car depuis 5 ans la peste avance lentement, mais sûrement, vers l'ouest: en 1896, elle était en Indo-Chine ; elle gagna le golfe Persique, l'Arabie, l'Egypte, le Portugal. Entre temps, elle était à Madagascar, à la Réunion, à l'Ile Maurice ; d'autre part, elle traversait les steppes de la Chine et apparaissait jusque sur les bords de la mer Caspienne et du Volga. Enfin, traversant l'Atlantique, elle vient d'éclater à Montevideo, au Paraguay, etc.

« La peste est donc une maladie que nos élèves n'ont pas l'habitude d'étudier dans les Ecoles de Médecine et qui est cependant une des plus terribles et des plus menaçantes.

« Devons-nous pour cela nous alarmer ?

« Non, car les circonstances sont modifiées depuis la précédente épidémie ; nous connaissons maintenant le microbe de la peste, et c'est beaucoup, car cette connaissance nous a permis de chercher et de trouver les moyens d'arrêter, de guérir et de prévenir la maladie.

« Les premières recherches sur le microbe de la peste datent du voyage de Yersin (1894) ; il rechercha ce microbe dans les lésions les plus apparentes de la maladie, c'est-à-dire dans les bubons. Il pensa que ces glandes devaient renfermer l'agent de la maladie et trouva un microbe, bacille court, légèrement ovale, prenant facilement les matières colorantes (1). Yersin retrouva aussi ce microbe dans le sang des malades, et il remarqua que le cas est alors très sévère. En essayant la culture de ce microbe, il constata qu'il pousse facilement sur les divers milieux (bouillon, gélose, gélatine) ; en bouillon, la culture est caractéristique : après 24 heures, le liquide est encore limpide, et on voit à la surface des flocons nuageux qui se précipitent au fond si on agite légèrement le tube. Le bouillon se trouble ultérieurement.

« Yersin constata aussi que les souris, les rats, les cobayes, les lapins succombent à une inoculation dans les 24 heures ou 3 jours au plus ; à l'autopsie, ces animaux présentent des lésions analogues à celles des individus morts de peste. Ces faits montrent que le microbe découvert par Yersin, et qu'un savant japonais, M. Kitasato avait vu en même temps que lui, est bien celui de la peste ; de plus, on le retrouve toujours dans tous les cas de peste.

« La peste, si meurtrière pour l'homme, frappe tout particulièrement les rats, les souris et les rongeurs en général ; il y a longtemps qu'on avait remarqué que les épidémies de peste étaient précédées d'une véritable épizootie s'attaquant aux bœufs, porcs et rongeurs.

« Yersin se rendit rapidement compte de l'importance de la sensibilité des rats et des souris. Dans un même bocal, il enferma des souris inoculées et des souris saines ; il vit les souris saines prendre la maladie dès qu'elles avaient ingéré les cadavres des pesteuses. Même en enlevant les cadavres, les souris saines prenaient la peste.

« En 1896, le Dr Simond, envoyé également dans l'Inde par l'Institut Pasteur, fit des études encore plus intéressantes, il montra que les rats ont des puces, et que ce sont ces puces qui transmettent la maladie d'animal à l'animal, et de l'homme à l'homme (2). Enfin, un médecin anglais et un médecin russe envoyés dans l'Inde constatèrent qu'il existe une forme très différente de la peste bubonique classique, forme fatalement mortelle, se manifestant par une broncho-pneumonie. Cette maladie est très difficile à différencier cliniquement de la forme normale, elle ressemble tout à fait à la pneumonie ordinaire. Il n'y a que l'examen bactériologique des crachats qui puisse renseigner ; dans le cas de pneumonie pesteuse, les crachats sont absolument formés de microbes de la peste.

« Connaissant les moyens de contagion de la peste, voyons comment peut se faire le transport. Pendant notre séjour à Porto, le Dr Salimbeni et moi, nous avons fait une enquête aussi sérieuse que possible, mais je dois reconnaitre qu'elle n'a pas porté tous les fruits que j'en attendais.

« Le premier cas de peste, à Porto, remonte au 5 juin, mais le diagnostic bactériologique de la maladie ne put être fait, par le Dr Ricardo Jorge, que le 9 juillet ; il fit aussitôt un rapport à son gouvernement, mais pour des raisons que nous ignorons, ce rapport resta dans les bureaux et ce fut le 9 août seulement que l'on apprit que la peste était à Porto. Les médecins étrangers présents s'étaient d'ailleurs réunis en commission qui confirma le diagnostic du Dr Jorge. Vers le 5 juin, il n'y avait aucun navire venant de pays contaminés qui ait débarqué à Porto ; le seul bateau que l'on suspecta fut un navire faisant le service entre Londres et Porto ; mais son dernier chargement était du blé de New-York, apporté à cette date. Les précédentes relâches, avec cotons, grains et jute suspects dataient des 13 et 21 mai.

« Le premier cas de peste humaine fut un débardeur du port, mort en moins de 48 heures, après avoir déchargé du blé de New-York ; le deuxième cas fut un autre débardeur, habitant une maison voisine, et qui avait déchargé de la morue. Il y eut ensuite 4 cas successifs dans la maison du premier, dont

(1) *Annales de l'Institut Pasteur.*
(2) *Annales de l'Institut Pasteur.*

3 débardeurs et le cabaretier. Dans une maison voisine, une femme nouvellement accouchée et 4 jeunes filles, qui avaient toutes 5 travaillé à la réparation des sacs employés au déchargement prirent la peste. Ensuite il y eut des cas disséminés dans toute la ville.

« Ce rapide historique montre combien il est difficile de se rendre compte de l'origine de l'épidémie. Je pense qu'elle fut importée à Porto 2 ou 3 mois avant le premier cas ; elle aurait été apportée par les grains ou les cotons dans lesquels se trouvaient des rats contaminés qui furent débarqués avec les marchandises ; leurs puces contaminèrent les rats indigènes et il dut y avoir une épidémie de rats avant celle des hommes. Ce tableau se répète pour toutes les épidémies antérieures que l'on veut bien étudier de près. On voit que les rongeurs jouent un rôle important dans la diffusion de la maladie, ce qui est important au point de vue de la prophylaxie. »

L'éminent conférencier donne ensuite quelques détails sur la ville de Porto elle-même ; nous en avons parlé précédemment. Il revient ensuite à l'épidémie : « Les premiers cas observés furent des cas de peste bubonique caractérisée, ainsi que nous pûmes le constater par les autopsies que nous fîmes ; ces autopsies se faisaient au cimetière même, entre 9 heures du soir et 1 heure du matin. Les malades transportés à l'hôpital arrivaient le plus souvent vers le quatrième ou le cinquième jour de maladie, toujours très gravement malades, le plus souvent dans le coma.

« Si l'état était moins grave, il présentait du délire, les yeux injectés, la face pâle, des bubons caractéristiques, très douloureux. Le cœur présente des mouvements désordonnés, des troubles de myocardite ; quelquefois, les ganglions mésentériques sont engorgés ; dans la région des bubons, œdème sous-cutané. Quelquefois aussi, le tableau diffère : il y a des bubons, mais aussi des charbons, sorte d'anthrax disséminés à la surface avec un centre rouge auréolé de noir (peste noire des anciens). Enfin, il y eut bientôt des cas de pneumonie pesteuse, présentant les caractères déjà cités.

« En arrivant à Porto, nous nous heurtâmes, le Dr Salimbeni et moi, à un septicisme très apparent de la part des médecins portugais. Nous n'essayâmes pas de les persuader par des paroles, mais par des expériences. Nous proposâmes la nomination d'une Commission internationale de médecins et de bactériologistes présents à Porto ; le Gouvernement accepta et nous fîmes des expériences nécessaires, qui furent très concluantes.» Nous avons reproduit ces expériences dans le rapport de la Commission (*Progrès médical*. 7 octobre). « Les résultats furent si concluants que les médecins portugais nous donnèrent toutes facilités pour le traitement des malades à l'hôpital.

« Il faut reconnaître que le scepticisme était quelque peu fondé : le sérum de Yersin, employé dans l'Inde, avait donné de bons résultats au début : 2 décès sur 26 malades traités. Mais ce sérum était fourni par un cheval inoculé d'abord avec des cultures tuées, puis avec des cultures vivantes. Le cheval succomba à ces inoculations, et on renonça à l'injection des cultures vivantes, à cause du danger qu'elles présentent. Mais le sérum obtenu était beaucoup moins actif que le premier préparé et pendant 3 années, on n'obtint que des résultats médiocres.

« Tout autre que notre vénéré et éminent maître M. le Dr Roux, aurait renoncé à continuer ces recherches ; mais avec cette ténacité et cette opiniâtreté bien connues, il parvint enfin à préparer un sérum très efficace expérimentalement ; c'est ce sérum que nous avions emporté à Porto, et dont nous voulions vérifier la valeur thérapeutique. Les expériences faites nous ont montré que l'injection de sérum produit des effets que l'on peu suivre méthodiquement : une goutte de sang d'un malade nous donna 32 colonies ; le lendemain, après injection de 40 c.c. de sérum, 2 colonies seulement ; 24 heures après, pas de colonies du tout. »

En ce qui concerne le traitement, nous renvoyons encore le lecteur au rapport déjà cité

Le Dr Calmette parle ensuite des résultats obtenus par le traitement : « Le 3 septembre, il y avait 62 cas de peste enregistrés, sur lesquels il y eut 26 décès, soit une mortalité de 43,5 0/0. A l'hôpital, la mortalité était de 33 0/0. Après le traitement sérothérapique, du 3 septembre à hier, il y a eu 104 malades traités sur lesquels 14 décès, ce qui fait une mortalité de 13 0/0. Parmi ces morts, on connaît l'histoire de 9 : 5 sont entrés à l'hôpital moins de 24 heures avant la mort, et ont succombé à une méningite tuberculeuse, une fièvre puerpérale, une méningite pesteuse, toutes maladies graves qui n'auraient certainement pas guéri. »

Après avoir montré les résultats de la sérothérapie, l'orateur parle des mesures prophylactiques, il s'élève contre le cordon sanitaire tel qu'il était établi et termine ainsi :

« Nous avons conseillé : le transport et l'isolement des malades, l'incendie ou la désinfection complète des locaux avec aération et abandon de la maison pendant 20 jours, vaccination de toutes les personnes en contact avec les malades ; enfin et surtout, la destruction des rats et souris, avec interdiction de toucher aux cadavres avec les mains ; il faut incinérer les cadavres ou les plonger dans l'acide sulfurique.

« Si le peuple continue à cacher ses malades, il faudra créer des commissions de recherches comme elles ont fonctionné à Bombay. Nous avons à craindre deux modes d'importation de la peste : 1° les malades provenant des pays contaminés ; 2° les cas autochtones de peste. Les premiers sont faciles à arrêter, mais dans le deuxième cas, il sera bien difficile d'arrêter l'épidémie parce que les rats ont déjà dû transmettre la maladie.

« Cependant, la tâche sera bien facilitée si on connaît les premiers cas ; nous devons donc nous attacher à faire la guerre aux rongeurs. Il faut s'efforcer de créer des services de désinfection dans les pays où il n'y en a pas, d'organiser des laboratoires de bactériologie avec un personnel instruit pour prévenir la peste. Enfin, si nos efforts sont vaincus, nous pouvons guérir nos malades et vacciner préventiment leur entourage. »

M. le Pr Landouzy remercie le Pr Calmette, qui continue si bien l'œuvre de Pasteur. Mlle Louise NAPIAS.

VARIA

Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile Clinique (Sainte-Anne) (dix-huitième année).

Les cours commenceront le lundi 30 octobre 1899, à huit heures du soir, dans l'Amphithéâtre de l'admission ces vendredis et lundis suivants à la même heure.

Programme pour l'année scolaire 1899-1900 : Anatomie et physiologie : Professeur, M. le Dr Vallon. — Administration : Professeur, M. le Dr Taule. — Pansements et appareils : Professeur, M. le Dr Mauclaire. — Hygiène : Professeur : M. le Dr Dubuisson. — Petite pharmacie : Professeur, M. Thabuis, pharmacien en chef de l'asile de Vaucluse.

Les personnes étrangères à l'établissement qui désireront suivre ces cours gratuits devront se faire inscrire tous les jours, de 10 heures à 4 heures, à la Direction de l'Asile, rue Cabanis, n° 1.

Congrès internationaux.

Congrès de sauvetage et des premiers secours en 1900.

Le 17 juillet 1900 s'ouvrira un Congrès de sauvetage et de premiers secours dans lequel seront étudiées toutes les formes du sauvetage et tous les moyens de secours, sur mer, sur terre, dans l'eau et dans le feu, ainsi que les services d'ambulances et de brancardiers en temps de paix et en temps de guerre.

Le bureau de la Commission d'organisation est formé par MM. Boucher-Cadart, président ; Cacheux et Brossard de Corbigny, vice-présidents ; Gabriel Goudeau et Félicien Michotte, secrétaires ; Dr Baret, de Baker, M. Frébeault, secrétaires généraux. Elle a divisé les travaux du Congrès en huit sections :

1re section, sauvetage maritime ; 2e section, sauvetage fluvial ; 3e section, sauvetage dans les incendies ; 4e section, secours sur la voie publique ; 5e section, secours dans les ateliers et usines ; 6e section, rôle des sauveteurs en temps de guerre ; 7e section, secours aux sauveteurs victimes de leur dévouement ; 8e section, commission des concours.

Elle fait appel à toutes les personnes qui devront prendre part au Congrès et les prie de bien vouloir envoyer le plus tôt possible leur adhésion et la cotisation de 5 francs ou 20 francs, membre donateur, à M. Félicien Michotte, 21, rue

Condorcet. Elle serait désireuse, en raison des sujets traités et pour permettre une mise en œuvre rapide des décisions prises, de voir de nombreuses municipalités représentées dans le Congrès.

Congrès international d'enseignement supérieur.

Nous rappelons que la commission d'organisation de ce Congrès (lequel se tiendra à Paris du 30 juillet au 4 août 1900) a décidé que les questions suivantes seraient discutées dans les séances générales :

1° L'extension universitaire ; 2° Création d'œuvres en faveur des étudiants ; moyens d'éviter leur isolement, institutions déjà existantes en France et à l'étranger ; 3° De la formation par les Universités des maîtres de l'Enseignement supérieur, secondaire et primaire ; 4° Du rôle des Universités dans l'éducation agricole, industrielle, commerciale, coloniale ; 5° Des rapports entre les Universités des divers pays et leurs professeurs, des institutions propres à les favoriser ; d'une union internationale des membres de l'enseignement supérieur ; 6° Des rapports entre les Facultés de Droit et les Facultés des Lettres.

Les épidémies :

La peste.

La peste ne paraît pas être en voie de décroissance en Portugal. Récemment, on laisait courir le bruit de la propagation du fléau à Naples et à Philippeville et l'on annonçait qu'une maladie soupçonnée d'être d'origine pestilentielle se développait à Rio-de-Janeiro. Heureusement, ces bruits ne paraissent pas se confirmer. Voici les derniers renseignements que publient à ce sujet les journaux politiques :

Rio-de-Janeiro, le 21 *octobre.* — Depuis dix jours, on a constaté à Santos 9 cas suspects suivis de 3 décès. Deux malades sont en traitement et il y a eu 4 guérisons. Les avis des médecins sur la nature de la maladie sont partagés. La plupart affirment qu'il s'agit non pas de la peste bubonique, comme l'a déclaré précipitamment la commission sanitaire de Santos, mais d'une épidémie de bubons facile à combattre.

Oporto, 22 *octobre.* — On a enregistré, pendant la dernière semaine, 20 cas de peste et 10 décès. Aujourd'hui, on a constaté 1 cas et 3 décès.

Rio-de-Janeiro, le 25 *octobre.* — A Santos, aucun cas nouveau n'a été enregistré. Le rapport du Dr Chapot-Prévost conclut à l'existence de la peste.

Oporto, le 25 *octobre.* — On a enregistré aujourd'hui 4 cas de peste.

La fièvre typhoïde.

A Saint-Gingolph (Haute-Savoie), village de 610 habitants, la fièvre typhoïde sévit avec une intensité inquiétante. Il y a actuellement 74 cas. Le préfet s'est rendu sur les lieux pour aviser aux mesures hygiéniques nécessaires pour enrayer la propagation de la maladie. On attribue la cause de l'épidémie à la contamination des eaux provenant de citernes : il n'y a pas dans la commune de canalisation d'eau. La partie suisse de ce village, situé à cheval sur la frontière, est aussi atteinte par le fléau. (*Le Temps*, du 18 octobre 1899.)

Le Ministre de la Guerre a reçu de M. Guillemet, député, la lettre suivante :

« Monsieur le Ministre,

« Des cas fort nombreux de fièvre typhoïde ont éclaté dans diverses régions de la France ; presque tous ont un caractère grave. Pensez-vous qu'il soit prudent, dans ces conditions, de laisser les jeunes gens de la classe se rendre dans leurs garnisons? Ces jeunes gens peuvent emporter les germes de la maladie et contaminer leurs camarades. D'un autre côté, les soucis du départ, le changement des régions, la fatigue du début sont des influences déprimantes qui facilitent l'éclosion de la maladie épidémique et en augmentent la violence. Il vous appartient, Monsieur le Ministre, de voir s'il n'y aurait pas lieu de demander aux préfets des renseignements précis sur la marche de la maladie, et s'il ne serait pas prudent de retarder la convocation de la classe jusqu'à la disparition de l'épidémie. »

La fièvre jaune.

New-York, le 25 *octobre.* — 31 nouveaux cas de fièvre jaune ont été signalés à Key-West, depuis le 19 octobre.

Enseignement payé par l'élève dans les Facultés.

Voici quelques extraits d'un article très intéressant de notre ami le Dr Laborde, publié dans la *Tribune Médicale* du 11 octobre.

« En principe, et sans même faire intervenir la considération, d'ordre politique supérieur, du régime *démocratique* sous lequel nous vivons — le seul enseignement, rationnel, fructueux, c'est-à-dire approprié et adapté aux véritables intérêts de ceux qui la reçoivent, — en même temps qu'il est conforme à l'équité de la rémunération de ceux qui le donnent — est l'*enseignement payé par l'élève au professeur*, en plus du traitement de ce dernier par l'Etat, nécessité par le régime universitaire.

Il est de toute évidence que dans ces conditions d'organisation originelle et fondamentale de l'enseignement, les intérêts respectifs en jeu se trouvent nécessairement sauvegardés : l'élève va à la *capacité* professorale la plus autorisée, dont il est le meilleure juge par le profit qu'il en retire ; et le professeur y trouve, de son côté, la juste rémunération de ses services : de là un premier et inévitable attachement à sa fonction et à ses devoirs professoraux ; sans compter que le traitement *officiel* de l'Etat ou des Universités, confèrent à ces derniers le droit d'imposer à ce même professeur l'obligation de se consacrer avant tout, à l'enseignement auquel il est préparé : véritable et seul moyen de remédier au vice le plus radical, et le plus nuisible aux intérêts dont il s'agit, inhérent à l'organisation actuelle : celui de faire du titre ambitionné de professeur le marchepied de l'exercice professionel, et des avantages matériels qui s'y attachent au détriment de la pratique professorale.

N'est-on pas d'ailleurs, entré d'ores et déjà, et comme fatalement, dans cette voie désormais inévitable, par la pratique partielle qui vient de susciter les justes critiques auxquelles s'adresse cette réponse : il suffit de lui faire subir les modifications que ces critiques appellent et indiquent, dans le cas de pratique particulière dont il s'agit ; et il importe surtout de la généraliser, et de l'étendre à l'*enseignement tout entier*, pour opérer une transformation qui, avec une autre réforme solidaire de premier ordre, celle de la « *séparation du corps enseignant et du corps examinant* », est appelée à réaliser, selon nous, le vrai et inéluctable progrès de notre régime d'enseignement public, en médecine. (*La Tribune Médicale* du 11 octobre 1899.)

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VI des annonces.)

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, commencera ses conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi 28 octobre à 5 heures, au laboratoire. — *Objet du cours* : Sources de l'électricité médicale. — Technique générale du maniement des appareils. — Electrodiagnostic. — Rôle de l'électricité médicale dans les maladies du système nerveux. — Electrothérapie gynécologique. — Le nombre des places étant limité, MM. les étudiants en médecine et docteurs sont priés de s'inscrire au Laboratoire, les mardis, jeudis et samedis, de 2 heures à 4 heures.

Conférence d'Internat. — MM. le Dr Milian, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, et A. Schwartz, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine, commenceront dans les premiers jours de novembre, à l'Amphithéâtre Cruveilhier, de l'École pratique, une conférence d'Internat dont le nombre des élèves sera limité. — Le prix d'inscription est de 30 francs. — Se faire inscrire chez M. le Dr Milian, 36, boulevard Saint-Germain, les mardi, jendi, samedi, de 3 à 6 heures.

Ecole de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. Chavanié, secrétaire des Facultés des Sciences et des Lettres de l'Université de Grenoble, est nommé, en outre, secrétaire de l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de cette ville.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 8 oct. au samedi 14 oct. 1899, les naissances ont été au nombre de 1123, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 428, illégitimes, 149. Total, 577. — *Sexe féminin* : légitimes, 426, illégitimes, 184. Total, 610.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 8 oct. au samedi 14 oct. 1899, les décès ont été au nombre de 864, savoir : 458 hommes et 406 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 9. T. 21. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. —Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 0, F. 0. T. 0. —Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 1. F. 1, T. 2. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M.123, F. 101, T. 224. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 15, T. 34. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 34, T. 54. —Méningite simple : M. 9, F. 8, T. 17. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 25, F. 13, T. 38. — Paralysie, M. 3, F. 3, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 1, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F.23, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 1, T. 3. — Bronchite chronique : M. 14, F. 9, T. 23. — Broncho-pneumonie : M. 7, F. 14, T. 21. — Pneumonie : M. 11, F. 17, T. 28. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 22, T. 43. — Gastro-entérite, biberon : M. 12, F. 12, T. 24.— Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 3, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale, M. 11, F. 7, T. 18. — Sénilité : M. 12, F. 22, T. 34. — Suicides : M. 5, F. 6, T. 11. — Autres morts violentes : M. 12, F. 6, T. 18. —Autres causes de mort : M. 81, F. 10, T. 141. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 1, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 13. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 8. Total : 32.

Faculté de Médecine de Paris. — *Clinique d'accouchements Baudelocque*. — M. le Dr Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, et M. le Dr Funck-Brentano, chef de Laboratoire, commenceront le lundi 6 novembre, à 4 h. 1/2, un cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires. Ce cours sera complet en six semaines, et aura lieu tous les jours, à 4 h. 1/2, à la Clinique Baudelocque. — Le prix du cours est de 50 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de leur carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits. Les bulletins de versement relatifs à la carte d'immatriculation et au cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté, les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures.

Clinique d'accouchements et de gynécologie (Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal.) — M. le Pr Pinard commencera le cours de clinique d'accouchements le lundi 6 novembre 1899, à 10 heures du matin (Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à 9 heures. — *Ordre du cours* : lundi et vendredi : Leçons de clinique obstétricale à l'Amphithéâtte, par le professeur. — Mercredi : Leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Segond, agrégé. — Autres jours : Leçons et opérations de chirurgie infantile, par le Dr Kirmisson, agrégé. — Anatomie obstétricale pathologique, par le Dr Varnier, agrégé. — Leçons de diagnostic obstétrical, par le Dr Paquy, chef de clinique. — Kinésithérapie gynécologique, par le Dr Stapfer, ex-chef de clinique. — Cours pratique ét manœuvres obstétricales, par les Drs Wallich, agrégé; Potocki, Bouffe de Saint-Blaise et Baudron, accoucheurs des hôpitaux; Funck-Brentano, chef de laboratoire; et Couvelaire, interne des hôpitaux.

Ecole d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre. — *Erratum*. — Sur le N° du 21 octobre, c'est par erreur que M. le Dr Romain a été porté comme faisant les cours d'anatomie et de physiologie à Bicêtre; c'est toujours M. le Dr Bonnaire qui continue ses cours.

Congrès de chirurgie. — *Erratum*. — Dans le compte rendu de la séance du 17 octobre, à la page 262, la communication de M. le Dr Monprofit (d'Angers) sur l'*hystérectomie abdominale dans le cancer utérin*, a été attribuée à tort à M. le Dr Delagénière.

Muséum d'Histoire naturelle. — *Cours de minéralogie*. — M. A. Lacroix, professeur, commencera ce cours le vendredi 3 novembre 1899, à trois heures, dans l'Amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Le professeur étudiera, au point de vue de leurs propriétés physiques et chimiques, de leur gisement, de leur rôle géologique et de leur synthèse, les minéraux appartenant aux groupes des sulfates, des phosphates, etc., en insistant sur ceux qui se rencontrent en France et dans les colonies françaises. Des conférences sur la composition minéralogique et la structure des roches éruptives et des roches sédimentaires métamorphiques auront lieu au Laboratoire de minéralogie, rue de Buffon, n° 61, les lundis, à 10 heures du matin, à partir du 6 novembre.

Faculté des Sciences. — C'est le lundi 6 novembre que s'ouvriront à la Sorbonne les cours de la Faculté des Sciences. La chaire de directeur de l'enseignement pratique de chimie appliquée, devenue vacante, par suite de la mort de M. Friedel, n'a pas encore reçu de titulaire. Le sous-directeur, M. Chabrié, prendra provisoirement la direction des cours. Cette année, la Faculté des Sciences comptera deux nouvelles chaires, fondées par l'Université de Paris : la chaire d'histologie, professeur, M. Chatin, et une seconde chaire de physique, professeur, M. Pellat. Ces deux fondations sont le résultat de la nouvelle loi sur les Universités, qui accorde à celles-ci, en plus de leur autonomie, la faculté de disposer de leurs ressources personnelles. (*Débats*.)

La liberté de conscience et la liberté individuelle sous Louis XV. — Voici un extrait d'une lettre de M. de Maupas (21 août 1741), à l'intendant d'Aunis : « L'évêque de Saintes me marque que les femmes qui ont paru, il y a quelque temps, dans les assemblées religionnaires dans les environs de Royan, et qui y faisaient les fonctions de ministres et de prédicantes, continuent toujours à y paraître et y font la même impression. On ne crut pas devoir alors traiter fort sérieusement ce nouveau spectacle. Cependant il convient que vous nous fassiez informer si ces assemblées continuent toujours d'y paraître de la même manière. En ce cas vous pourriez m'envoyer les noms de quelques-unes qu'on ferait enfermer comme *insensées* à l'hôpital de La Rochelle. » (E. Pelletan, *Jarousseau*, p. 254.)

Nécrologie. — M. le Dr Delaborde (de Paris).

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS.

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements, destinés au Numéro des Étudiants, *de nous les adresser avant le* 30 *octobre, ce numéro devant paraître le* 4 *novembre.*

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Duigou (E.). — **Contribution à l'étude du pronostic de l'épilepsie chez les enfants.** Volume in-4 de 56 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 75
Haslé (L.). **Du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie.** Volume in-8 de 86 p.— Prix : 2 fr. Pour nos abonnés : 1 fr. 35

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La médecine des pays chauds. Son enseignement, ses applications à la Colonisation.

Dans un article publié dans le *Progrès médical* du 15 juillet dernier, nous signalions la création d'*Ecoles de médecine tropicale* à Londres et à Liverpool, et nous faisions ressortir la nécessité qu'il y aurait pour d'autres pays, et notamment pour la France, de fonder des institutions analogues. Nous croyons utile de revenir sur la question, après avoir visité les deux Ecoles dont il s'agit et avoir pu constater *de visu* leur organisation et les ressources dont elles disposent. Aussi bien, la question mérite d'être exposée dans ce numéro spécial, qui s'adresse aux Etudiants, c'est-à-dire aux médecins de l'avenir.

ECOLE DE LIVERPOOL.

La deuxième année d'enseignement a commencé le 16 octobre; ce même jour, j'arrivais à Liverpool et déjà l'Ecole de médecine tropicale était en plein fonctionnement. Les laboratoires Thompson-Yates de pathologie et de physiologie, où se fait l'enseignement, sont installés d'une façon vraiment remarquable et disposent de toutes les ressources en collections, instruments ou appareils. Sans m'attarder à les décrire, je dirai simplement qu'on ne saurait trouver une installation mieux comprise ou plus propice à la recherche scientifique et à l'enseignement. Ils sont communs aux élèves de l'University College et aux élèves de l'Ecole de médecine tropicale.

Au Royal Southern Hospital, construction assez récente et parfaitement aménagée, une salle du second étage est réservée à la clinique tropicale. Lorsque j'ai visité cette salle, on pouvait y voir un cas de béribéri, un cas de bilharziose, un cas de fièvre tierce, un cas de fièvre quarte et un cas de fièvre estivo-automnale; le matin même, on avait fait l'autopsie d'un individu mort de la fièvre jaune. Les malades sont indifféremment des Anglais revenant des colonies, des Hindous, des nègres de diverses régions ou d'autres individus venant à Liverpool de toute la zone intertropicale. On conçoit donc qu'il y ait sans cesse de nouveaux exemples de maladies exotiques et que les élèves, dans le cours des deux à trois mois que dure leur séjour à l'Ecole, aient l'occasion d'observer la plupart des maladies des pays chauds.

Un laboratoire est annexé à l'hôpital; on y examine séance tenante le sang des malades, leurs déjections, les liquides obtenus par ponction; on y procède en un mot à la recherche extemporanée des parasites, de leurs œufs, de leurs embryons, suivant l'affection qu'il s'agit d'observer.

Depuis le peu de temps que l'Ecole existe, le nombre des malades en traitement va en augmentant, ainsi que celui des malades qui se présentent à la consultation externe. Aussi la salle actuelle, qui comprend 20 à 25 lits, est-elle devenue trop petite et va-t-on commencer prochainement la construction d'un petit hôpital de 40 lits, qui sera situé en face du Royal Southern Hospital, dont il ne sera qu'une annexe. Il y a donc là un centre d'études déjà très important et dont on peut prévoir le rapide progrès.

Je n'ai pas à faire l'éloge des hommes distingués qui constituent le corps enseignant de la nouvelle Ecole; qu'il me suffise de rappeler les noms du Pr Boyce et du Major Ronald Ross. C'est ce dernier qui dirige l'Ecole : la haute notoriété que lui ont acquise ses découvertes relatives aux migrations et aux métamorphoses de l'hématozoaire du paludisme attirera autour de lui un grand nombre d'élèves.

J'ai dit, dans mon précédent article, que l'Ecole était assurée d'un revenu annuel de 40.000 francs. Aujourd'hui cette somme s'élève à 3.000 livres (75.000 francs); d'autres souscriptions sont encore annoncées. Au point de vue financier, l'Ecole de Liverpool jouit donc de la plus grande sécurité et sa richesse va certainement devenir considérable. J'insiste d'ailleurs sur ce fait que toutes ces sommes résultent de souscriptions privées et que le Gouvernement n'a aucunement participé à l'entreprise. A lui seul, un riche armateur, M. Alfred L. Jones, auquel on doit la création de l'Ecole, verse annuellement une somme de 350 livres (8.750 fr.), non compris les frais accessoires qu'il prend généreusement à sa charge, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Il est intéressant de relever les noms de quelques-uns des souscripteurs, à la générosité desquels l'Ecole de Liverpool doit son rapide succès. La Compagnie française de l'Afrique occidentale, représentée à Liverpool par M. Fontana, donne une somme annuelle de 50 livres (1.250 francs); la Compagnie Woermann de navigation, à Hambourg, verse 100 livres (2.500 francs); MM. Witt et Busch, à Hambourg, 20 livres (500 francs); MM. P. A. van Es et Cie, à Hambourg, 10 guinées (262 fr. 50); MM. E. P. Walford et Cie, à Anvers, 10 guinées; la Deutsch-Westafrikanische Handelsgesellschaft, 10 livres (250 francs); MM. A. Sachse, de Bohême, 10 livres. Je cite tous ces noms pour montrer le caractère international qu'on a su très habilement donner à l'Ecole de Liverpool et de quelle heureuse manière on a compris à l'étranger l'importance d'une semblable institution.

Bien que très jeune encore, l'Ecole de Liverpool s'est déjà signalée par une découverte importante. Une expédition a été envoyée à Sierra-Leone pendant les vacances dernières, à l'effet d'y rechercher l'agent propagateur du paludisme sur la côte occidentale d'Afrique. Cette expédition, dirigée par M. Ross, comprenait aussi le Dr Annett, M. Austen, conservateur des Insectes au British Museum, et une autre personne. Le résultat de leurs recherches fut des plus heureux : comme aux Indes et en Italie, c'est encore un Moustique du genre *Anopheles* qui transmet l'hématozoaire de Laveran. Cette expédition a coûté au moins 500 livres (12.500 francs) : la *British Medical Association* a donné 100 livres (2.500 francs) et le reste a été payé par M. Jones, qui est véritablement le Mécène de l'Ecole de Liverpool.

Cette Ecole comptait six étudiants lors de ma visite : la plupart venaient des colonies, où ils exerçaient la

médecine; l'un d'eux, si le nom d'étudiant peut lui être appliqué, n'était autre que le Dr Seved Ribbing, professeur ordinaire de médecine pratique et vice-principal de l'Université de Lund, en Suède.

L'Ecole de Liverpool ne jouit actuellement d'aucune reconnaissance officielle, contrairement à ce qui a lieu pour l'Ecole de Londres, mais cet état de choses doit cesser prochainement: en effet, le ministre Chamberlain a promis que les médecins des colonies seraient répartis entre les deux Ecoles, Londres recevant ceux qui doivent aller aux Indes, et Liverpool ceux à destination de l'Afrique occidentale.

Ecole de Londres.

La deuxième année d'enseignement a commencé le 2 octobre. A la date du 18 octobre, douze étudiants étaient installés à l'Ecole; c'étaient des médecins d'âge divers, ayant tous fait un séjour plus ou moins long aux colonies; parmi eux se trouvait un médecin allemand, devant partir prochainement pour l'Afrique orientale allemande.

L'Ecole est une construction neuve, bâtie, inaugurée et mise en service dans le cours du printemps dernier; elle répond à toutes les exigences de la science moderne. Son principal avantage est d'être contiguë au *Branch Hospital* de la *Seamen's Hospital Society*, en sorte que les étudiants sont sans cesse en contact avec les malades.

L'hôpital, qui compte trente lits, s'élève au milieu même des docks de Londres, et l'on sait quelle activité commerciale et maritime ne cesse de régner dans le port. Aussi les lits sont-ils toujours occupés et l'hôpital actuel est-il devenu trop petit. On achève en ce moment la toiture d'un nouvel hôpital, entièrement construit en pierres et en briques, sans que le bois y soit en rien utilisé, hôpital destiné à recevoir une quarantaine de malades et contigu lui-même au précédent.

La *London School of tropical medicine* disposera donc de 70 lits environ, sans compter une consultation externe très active. Je rappelle du reste que la *Seamen's Hospital Society* possède encore un hôpital de 50 lits dans Albert Docks, c'est-à-dire tout près de l'Ecole, un hôpital de 250 lits à Greenwich, un dispensaire dans les East India Docks et un autre à Gravesend. Une telle abondance de malades, provenant des régions exotiques et présentant pour la plupart des affections inconnues en Europe, réalise, on en conviendra, des conditions exceptionnellement favorables au succès de l'enseignement donné par l'Ecole. En effet, les divers hôpitaux et dispensaires que nous venons d'énumérer appartiennent à la Société qui a pris l'Ecole sous son haut patronage; il est donc facile de faire venir dans les salles attenantes à celle-ci les malades présentant des cas particulièrement dignes d'attention.

Le jour de ma visite, on pouvait observer au *Branck Hospital* un cas de lèpre, diverses formes de paludisme, un abcès amibien du foie, un cas de chylurie avec *Filaria nocturna*, un cas de dysenterie amibienne, etc. Il est commun d'y voir aussi la Filaire de Médine, le béribéri, les diverses formes de filariose, la bilharziose, la fièvre de Malte, la fièvre hémoglubinurique, les *Calabar swellings*, l'aïnhum et tant d'autres maladies que les médecins d'Europe ne connaissent que de nom. La population hospitalière comprend des Hindous, des Cinghalais, des Chinois, des nègres de toute origine, sans compter des matelots Anglais ou Irlandais ayant séjourné plus ou moins longtemps aux colonies.

L'Ecole met six chambres confortables à la disposition des étudiants; les autres sont logés tout près de l'Ecole. Tous y prennent leurs repas, de même que les élèves de notre Institut Pasteur s'alimentent au restaurant du *Microbe d'Or*. Dans ces conditions, il devient possible d'observer à toute heure de jour et de nuit les malades atteints de filariose; on sait, en effet, par les découvertes de Patrick Manson que les embryons des diverses formes de Filaire se montrent dans le sang périphérique à des heures différentes et que telle espèce n'y apparaît que pendant le sommeil.

Le deuxième étage de l'hôpital dont la construction s'achève, sera occupé par les chambres réservées aux étudiants. On pourra ainsi mettre quelques chambres à la disposition des femmes-médecins : plusieurs se sont déjà présentées pour suivre les cours, mais on a dû ajourner leur admission, en raison de l'impossibilité actuelle de les loger.

Pour les constructions déjà faites ou en cours d'exécution, la *Seamen's Hospital Society* a reçu, par voie de souscription volontaire, une somme de 16.000 livres (240.000 francs), dont 3.600 livres (90.000 francs) ont été données par le Gouvernement. On prévoit déjà, en raison du grand succès de l'Ecole, la très prochaine obligation d'établir celle-ci dans des bâtiments beaucoup plus vastes, dont la construction et l'aménagement sont évalués dès aujourd'hui à une somme de 100.000 livres (2.500.000 francs). Il est incontestable que la souscription sera promptement couverte et que dans très peu de temps ce nouveau projet sera en voie d'exécution. Tous les hommes qui en Angleterre s'intéressent au succès des entreprises coloniales, et c'est, peut-on dire, la nation tout entière, apportent à l'entreprise leur concours empressé; il est donc hors de doute que les fondations de la grande Ecole dont la création s'impose dès maintenant vont bientôt sortir de terre.

On reçoit à l'Ecole de Londres des docteurs en médecine et des étudiants de cinquième année. En réalité, ces derniers seront toujours peu nombreux, en raison de l'éloignement des écoles de médecine générale, à moins qu'ils n'interrompent le cours régulier de leurs études, pendant le temps passé à la *Tropical School*.

Le Gouvernement Anglais reconnaît officiellement le diplôme délivré par l'Ecole et oblige dès maintenant les médecins coloniaux à venir y faire un stage de deux ou trois mois, avant de rejoindre leur poste : les frais d'études sont alors payés par le Gouvernement. J'ai déjà dit plus haut que le monopole dont l'Ecole de Londres jouit en quelque sorte va probablement lui être enlevé, en ce sens que les médecins coloniaux seraient répartis entre les Ecoles de Londres et de Liverpool, suivant les contrées dans lesquelles ils doivent servir.

Parmi les libéralités diverses que l'Ecole a suscitées, il en est une qui mérite d'être signalée d'une façon toute spéciale. Sir Henry Burdett a promis de verser pendant trois ans une somme de 300 livres (7.500 fr.) pour une ou plusieurs bourses de voyage dont le conseil de l'Ecole a la libre disposition.

Les cours théoriques durent huit semaines. Nous croyons utile d'en donner le programme :

Dr Patrick Manson, 11 leçons. — Maladies paludiques, kala-azar, fièvre hémoglobinurique, fièvre de Malte, fièvre rémittente, dengue, fièvre jaune, peste, fièvre japonaise de rivière, béribéri, hydropisie épidémique, névrite endémique, maladie du sommeil, fièvres non classées.

Dr R. Tanner Hewlett, 6 leçons. — Protozoaires sanguicoles chez les animaux, bactériologie des maladies tropicales (lèpre, tétanos, mycétome, etc.).

Dr ANDREW DUNCAN, 6 leçons. — Différentes sortes de dysenterie, choléra, rectite gangréneuse, hépatite, abcès du foie, cirrhose biliaire infantile.

Mr JAS. CANTLIE, 4 leçons. — La chirurgie sous les tropiques, abcès du foie, tumeur scrotale, calculs, tétanos.

Mr OSWALD BAKER, 2 leçons. — Lèpre.

Prof. W. J. SIMPSON, 6 leçons. — L'hygiène et l'administration hospitalière sous les tropiques.

Dr L. W. SAMBON, 12 leçons. — Cestodes, Trématodes, Nématodes, Arachnides et Insectes parasites, Annélides (Sangsues), Tiques, Scorpions, Poissons toxiques, Serpents venimeux, racines vénéneuses des tribus indigènes, intoxications alimentaires (pellagre, lathyrisme, atriplicisme, empoisonnement par le manioc), coup de chaleur (siriasis), distribution géographique des maladies et acclimatation.

Mr MALCOLM MORRIS, 4 leçons. — Yaws, verruga peruana, ulcère oriental, boils, pemphigus, phagédénisme, granulome ulcérant, kéloïde, anakhre, piedra, pinta, dhobie itch, tokelau, mycétome, aïnhum.

Mr TREACHER COLLINS, 2 leçons. — L'ophtalmologie sous les tropiques : affections paludiques de l'œil, amblyopie quinique, lèpre, *Filaria loa* et autres parasites attaquant l'œil sous les tropiques, trachome et ses suites, xérophtalmie, pterygium, cataracte, etc.

Au total, 53 leçons réparties sur 40 jours, car l'après-midi du samedi reste libre. On ne saurait trop approuver un tel programme, encore qu'il puisse être l'objet de quelques critiques. Par exemple, il est incontestable que les douze leçons consacrées à l'étude des animaux parasites ou nuisibles sont loin d'être suffisantes, même en tenant compte de ce que l'hématozoaire du paludisme et les formes voisines sont décrits par un autre professeur. De même, la bactériologie mérite un enseignement plus complet. De même encore, il serait très utile de confier à un seul professeur l'enseignement des mycoses, qui se trouve actuellement réparti entre MM. Hewlett et Collins et qui, en tout cas, mérite plus de quatre leçons. Mais ce sont là des détails que le développement de l'École conduira sans doute à modifier prochainement.

D'ailleurs le dévoué directeur de l'enseignement pratique, M. le Dr D.-C. Rees, complète par ses démonstrations les parties insuffisamment traitées dans les leçons théoriques.

Rendons donc hommage sans réserve aux hommes dévoués qui consacrent leur activité et leur temps à l'Ecole de médecine tropicale, sans en retirer aucun avantage personnel et sans autre souci que de contribuer au progrès de la science.

LA MISSION DANIELS.

La création des Ecoles de Londres et de Liverpool n'est pas le seul symptôme de l'intérêt tout spécial qui se manifeste en Angleterre en faveur de l'étude des maladies tropicales. Tout en laissant l'initiative privée instituer les deux Ecoles en question, le Ministère des Colonies et la Société Royale s'entendaient pour envoyer en Afrique une mission médicale ayant pour programme l'étude des maladies de la zone intertropicale. Le Dr C.-W. Daniels, déjà bien connu par de belles études accomplies à la Guyane anglaise, fut placé à la tête de la mission, avec MM. Stephens et Christopher pour collaborateurs.

Tout d'abord, M. Daniels s'en alla aux Indes, où le major Ross était encore, pour étudier avec lui les métamorphoses de l'hématozoaire du paludisme. Puis avec ses deux compagnons, il partit pour l'Afrique Orientale. MM. Stephens et Christopher sont actuellement en train de revenir en Europe, mais le Dr Daniels va prolonger son séjour pendant deux ou trois années sur la rivière Chiré, dans la région du lac Nyassa et dans toute autre contrée africaine qu'il pourrait lui sembler utile d'explorer au point de vue médical. Il dispose de sommes considérables : la Société Royale lui attribue une somme annuelle de 300 livres (7.500 francs) et le Ministère des Colonies une somme globale de 2.100 livres (52.000 francs) pour toute la durée de son voyage. Il est d'ailleurs entendu que les deux institutions fourniront de nouvelles sommes, si celles-là sont insuffisantes.

Que ne peut-on attendre de recherches poursuivies dans de pareilles conditions, par un homme qui a une longue pratique des tropiques et qui a prouvé déjà sa haute valeur scientifique par d'importantes découvertes ! C'est à lui, en effet, qu'on doit la connaissance de la forme adulte de la *Filaria perstans*, pour ne citer que cette observation. Daniels se propose tout spécialement d'élucider l'étiologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, qui reste encore enveloppée d'obscurité. Il a déjà fait d'importantes observations sur une maladie causée par la piqûre des Tiques, déjà entrevue par Kirk et probablement analogue à la fièvre du Texas.

LES « MEDICAL ADVISERS ».

Je dois dire également un mot, car il se rattache étroitement à notre étude, d'une institution particulière qui nous semble être sans analogue dans les autres pays. Il existe dans le Royaume-Uni trois fonctionnaires portant le titre de *Medical Advisers to the Colonial Office and Crown agents for the Colonies*. Ce sont MM. Patrick Manson à Londres, Davidson à Edimbourg et Benson à Dublin.

La fonction de « Conseiller médical » est incontestablement l'une des plus importantes de l'Etat : confiée à des hommes d'une telle valeur scientifique, elle rend à l'Administration coloniale les plus importants services. Tout fonctionnaire civil, juge au tribunal de l'île Maurice, agent de la police de la Jamaïque, conducteur des travaux du port de Georgetown à la Guyane, employé de la navigation dans la région des grands lacs africains, etc., tout agent civil commissionné à un titre quelconque par le gouvernement anglais et choisi par celui-ci, en raison de ses connaissances techniques, n'est nommé d'une façon définitive et envoyé à son poste qu'après avoir été examiné au point de vue médical par l'un des trois fonctionnaires susdits, suivant qu'il habite l'Angleterre, l'Ecosse ou l'Irlande. Les individus atteints de maladies du cœur, de diabète, de telle autre affection organique ou simplement d'une insuffisante vigueur sont arrêtés par un avis défavorable constatant leur incapacité de servir aux colonies.

Est-il besoin d'insister sur l'excellence d'une pareille mesure ?

En n'envoyant aux colonies que des fonctionnaires vigoureux, d'une santé éprouvée, dans les meilleures conditions physiques et morales, on implante fortement sa domination ; ces fonctionnaires, bons échantillons de la race, y font souche, et la conquête s'affirme davantage. A un autre point de vue, le trésor public n'est pas grevé d'énormes dépenses résultant de ce que des fonctionnaires récemment débarqués, mais incapables de résister au climat, doivent revenir à grands frais dans

la mère-patrie. En France, nous connaissons tous, ou du moins nous avons tous connu, des jeunes gens que des privations prolongées ou l'abus du plaisir avaient débilités et que néanmoins on jugea bons pour administrer nos nouvelles colonies, combien n'en est-il pas mort! et quelle somme le contribuable français ne paie-t-il pas en indemnités ou en pensions à des veuves!

C'est rendre au pays un bien mauvais service que de déverser ainsi sur les colonies des gens à l'esprit sain, je veux bien le croire, mais au corps affaibli; j'ose dire que c'est l'inverse qu'il faudrait faire, quand il n'est pas possible de trouver réunies, dans un même fonctionnaire, la vigueur physique et la force morale.

Si nous avions en France un ou plusieurs Conseillers médicaux, comme ceux que nous offre l'Angleterre, ce désidératum, dont nous sommes si loin, serait aisément réalisé. En les choisissant parmi des hommes d'une science éprouvée, pénétrés de la haute importance sociale de leur fonction et très au courant des maladies parasitaires, car la pathologie des pays chauds relève presque en entier de la parasitologie, nos entreprises coloniales donneraient de meilleurs résultats et le budget n'atteindrait certainement pas des chiffres aussi fantastiques.

Les Conseillers médicaux dont je parle, ou quelque autre titre qu'on leur donne, devraient surtout s'abstenir de toute compromission politique, car c'est la politique, en s'immisçant dans toutes les questions qui devraient lui rester étrangères, qui cause le plus grand mal à notre pays. Il ne s'agirait plus de savoir si tel candidat à telle fonction est ou non protégé par le député de tel arrondissement, mais ce qu'il donne au dynamomètre et quel travail il peut rendre. On l'évaluerait suivant sa force corporelle et non d'après ses relations avec les marchands de vin. Heureuse France, le jour où une réforme si simple sera réalisée!

Je n'ignore pas que les Conseils de santé de nos cinq ports de guerre examinent au point de vue médical les officiers qui doivent servir aux colonies et que les sous-officiers et soldats sont examinés par les médecins de leur troupe; je sais aussi que le Conseil supérieur de santé des colonies procède à l'examen des employés et fonctionnaires civils sur le point de s'embarquer.

Certes, on ne peut que rendre hommage à la science profonde des médecins qui sont chargés de cette mission délicate; je pense néanmoins qu'il serait utile de modifier, dans le sens indiqué plus haut, notre manière de faire, ce qui aurait pour résultat de conférer aux agents chargés de ce service une plus grande indépendance en même temps qu'une plus grande responsabilité.

La médecine tropicale a l'étranger.

J'ai déjà dit, dans mon précédent article, où en était la question de l'enseignement des maladies exotiques dans les pays étrangers. J'y reviens pour indiquer un fait important : à savoir que le gouvernement allemand a décidé de créer à Hambourg une Ecole de médecine tropicale. Il n'est pas jusqu'à l'Italie, dont les colonies sont si restreintes et dont le commerce maritime est lui-même assez peu important, qui ne se propose de créer à Gênes une école semblable.

L'enseignement des maladies tropicales en France. Ce qu'il est, ce qu'il doit être.

Voilà ce qui se fait à l'étranger; où en sommes-nous en France?

Les maladies exotiques ne sont enseignées officiellement qu'à l'Ecole d'Alger par M. J. Brault, titulaire d'une chaire spéciale, et à la Faculté de Bordeaux par M. Le Dantec, agrégé chargé du cours. La chaire d'Alger disposait récemment d'un petit service hospitalier; j'ai raconté, dans mon précédent article, par quelle regrettable décision, inspirée par l'esprit le plus rétrograde, elle en avait été dépossédée; il ne semble pas qu'on ait rien fait pour réparer cette iniquité. A Alger, l'enseignement est donc purement théorique, et il en est exactement de même à Bordeaux: et pourtant ces deux villes sont dans d'excellentes conditions pour que l'enseignement clinique y puisse prospérer.

Sous le titre de zoologie médicale, il est de tradition, depuis quinze ans, dans toutes nos Facultés et Ecoles, de traiter presque exclusivement des helminthes et autres parasites; j'ose dire que je n'ai pas été étranger à cette innovation. Depuis que l'enseignement de l'histoire naturelle médicale se fait au cours de la troisième année d'études, le professeur d'histoire naturelle a le devoir d'insister tout autant sur la bactériologie et la mycologie parasitaires.

En d'autres termes, suivant moi, le cours d'histoire naturelle médicale doit être avant tout et presque exclusivement un cours de parasitologie. Qui ne voit, dès lors, son étroite connexité avec la pathologie tropicale?

C'est donc, en réalité, le professeur d'histoire naturelle qui donne l'enseignement qu'en Angleterre on va chercher aux Ecoles de Londres et de Liverpool. Mais cet enseignement reste chez nous purement théorique, et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est sans exemple que le naturaliste dispose d'un service hospitalier; en second lieu, quand même il aurait une clinique, il lui serait à peu près impossible d'y rassembler des malades atteints d'affections exotiques dans des villes telles que Paris, Lille, Lyon, Nancy, Montpellier et Toulouse. Aucune de ces villes n'est port de mer, aucune ne peut donc prétendre à donner un enseignement clinique approprié.

Assurément, on doit tendre à améliorer l'enseignement actuel, en perfectionnant les démonstrations pratiques, dans lesquelles il est possible de présenter aux élèves des collections plus ou moins riches, d'ailleurs très difficiles à rassembler, mais on ne peut songer à passer de la théorie à la pratique. Il faut donc chercher ailleurs ce qu'il est impossible de réaliser dans nos Facultés.

J'annonçais, en juillet dernier, que l'Ecole de médecine de Marseille allait être dotée de cinq chaires relatives à la médecine des pays chauds. Nous n'avons pas appris encore que les titulaires en aient été désignés, et pourtant le temps presse, car l'étranger ne reste pas inactif. C'est à Marseille, notre principal port de commerce, en relations constantes avec la Méditerranée, la mer Rouge, l'océan Indien, le Pacifique, que doit être fondée l'Ecole française de médecine tropicale.

C'est une nécessité inéluctable, car c'est là seulement qu'on pourra constituer des cliniques réunissant autant de cas de maladies exotiques que le font actuellement les Ecoles de Londres et de Liverpool.

Le cours théorique qui existe à Bordeaux devrait aussi être transformé en un cours clinique : à sa qualité d'agrégé de la Faculté de Médecine, M. Le Dantec joint heureusement celle de médecin de la marine; il a navigué, il est allé aux colonies, il est donc tout désigné pour devenir titulaire d'une clinique des pays chauds. Sans avoir l'importance et la variété de la clinique mar-

seillaise, la clinique de Bordeaux pourrait rassembler nombre de cas intéressants, provenant du Brésil ou de la côte occidentale d'Afrique. Une clinique sera suffisante pour Bordeaux, tout au moins provisoirement, mais il est de toute nécessité de faire mieux à Marseille.

L'Ecole de Médecine de Marseille a compris depuis longtemps quel rôle elle était appelée à jouer. Dès 1893, elle se prononçait à l'unanimité sur l'utilité de la création d'une chaire de pathologie exotique, et le Conseil général des Facultés approuvait cette décision par un vote également unanime. Aucune suite n'a été donnée à cette manifestation : l'heure est venue de réaliser ce projet. Pour juger des ressources présentées par Marseille, il suffit de considérer les travaux publiés récemment par les professeurs de l'Ecole : la lèpre n'est point rare, puisque MM. Boinet et Perrin en ont fait connaître une dizaine de cas dans l'espace d'une année ; l'un d'eux a observé aussi le scorbut. Le paludisme, les abcès du foie, la dysenterie, la diarrhée chronique des pays chauds, la filaire de Médine, la filariose, la bilharziose, l'ulcère phagédénique, le béribéri se montrent avec une fréquence plus ou moins grande. Il serait facile de centraliser dans un même service tous les cas de ce genre et d'organiser en outre une importante consultation externe.

Quant aux élèves qui devraient suivre les cours de cette Ecole, il est facile de les indiquer. Ce devraient être tout d'abord les médecins des colonies, pour lesquels, chose étrange, il n'existe point d'enseignement clinique portant sur les maladies des pays chauds. Après avoir passé un an dans l'une des écoles préparatoires de Brest, Rochefort ou Toulon, où ils étudient l'anatomie, ils vont achever leurs études à l'Ecole principale du Service de santé de la marine, à Bordeaux, et suivent les cours de la Faculté voisine. Sortis de là, après avoir suivi le cours théorique de M. Le Dantec, ils partent directement pour les colonies, et sont envoyés, presque toujours seuls, dans des postes lointains, où ils se trouvent pour la première fois en présence de malades atteints de nombreuses affections qu'ils n'ont encore jamais observées. Après un stage à l'Ecole de Marseille, ils seraient assurément moins novices et leur pratique médicale serait moins incertaine.

Ce sont, en second lieu, les médecins sanitaires, institués par le décret du 4 janvier 1896, conformément aux règles suivantes (1) :

Art. 15. — Tout bâtiment à vapeur français affecté au service postal ou au transport d'au moins cent voyageurs, qui fait un trajet dont la durée, escales comprises, dépasse quarante-huit heures, est tenu d'avoir à bord un médecin sanitaire.

Ce médecin doit être Français et pourvu du diplôme de docteur en médecine : il prend le titre de *médecin sanitaire maritime*.

Art. 16. — Les médecins sanitaires maritimes sont choisis sur un tableau dressé par le Ministre de l'Intérieur, après examen passé devant un jury qui est désigné par le Ministre sur l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène.

L'examen porte sur l'épidémiologie, la prophylaxie et la réglementation sanitaires et leurs applications pratiques. Les conditions et les époques de l'examen sont arrêtées par le Ministre de l'Intérieur sur la proposition du Comité de direction des services de l'hygiène.

Il est délivré aux candidats agréés par le Ministre un certificat d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

Art. 17. — Au cas où le nombre des médecins sanitaires maritimes portés sur la liste serait insuffisant, le Ministre de l'Intérieur pourvoit, sur la proposition du Comité de direction des services de l'hygiène, aux nécessités du service médical.

(1) Décret portant règlement général de la police sanitaire maritime (du 4 janvier 1896). *Bulletin officiel de la Marine*, p. 636, 1897.

Il est évident qu'un tel programme est tout à fait insuffisant pour s'assurer des connaissances spéciales que doit posséder tout médecin qui voyage sous les tropiques. Depuis l'expédition du Mexique, le Ministère de la Marine a détaché en congé sans solde et mis à la disposition des grandes Compagnies de Navigation un certain nombre de médecins que ces Compagnies embarquaient sur leurs paquebots. Mais le nombre des médecins de marine ainsi détachés est allé en diminuant et l'on n'en compte plus que deux à l'heure actuelle, tous deux de première classe : le Dr Borius, attaché à la Compagnie générale Transatlantique, et le Dr Durbec, attaché à la Compagnie Touache. Partout ailleurs, on ne compte plus que des médecins sanitaires maritimes, nommés à ce titre à la suite d'un examen trop élémentaire.

Ce sont encore les missionnaires, les agents des plantations et des factoreries, qui résident fréquemment dans des localités éloignées de tout médecin européen.

Ce sont aussi les médecins militaires désignés pour les régiments qui occupent les colonies ou les pays de protectorat.

Ce sont, en outre, en attendant qu'on se décide à créer des Ecoles de médecine en Cochinchine et au Tonkin, où elles seraient au moins aussi utiles qu'à Beyrouth, les médecins annamites et chinois qui exercent dans nos colonies. Ces dernières pourraient inscrire à leur budget une certaine somme permettant d'envoyer en Europe des sujets d'élite. Ceux-ci, revenus en Extrême-Orient, pourraient être nommés médecins coloniaux ; ce seraient pour nous de précieux auxiliaires, et notre influence en retirerait un avantage considérable.

Enfin, et cette dernière considération n'est pas non plus sans intérêt, les Anglais revenant des Indes pourraient s'arrêter à Marseille et augmenter d'autant, soit en séjournant à l'hôpital, soit en venant à la consultation, le nombre des malades mis à la disposition des élèves.

Tout plaide donc en faveur de la création à Marseille d'une Ecole de médecine tropicale.

Les Compagnies françaises de navigation ou d'entreprises coloniales se montreraient généreuses pour une telle institution, dont elles seraient les premières à tirer bénéfice. Les colonies elles-mêmes, qui recevraient désormais des médecins plus instruits et verraient leur état sanitaire s'améliorer et leur prospérité s'accroître, ne manqueraient pas non plus de subventionner la nouvelle Ecole, dont nous appelons de tous nos vœux la création, persuadé que rien ne peut contribuer plus efficacement au succès de la colonisation française et au progrès de la science. R. Blanchard.

Le Numéro des étudiants. — Malgré nos efforts pour arriver à faire ce numéro aussi exact que possible, nous ne nous faisons pas d'illusion sur les omissions et sur les erreurs involontaires que nous avons pu commettre. Aussi faisons-nous appel à l'indulgence de nos lecteurs d'une part, et d'autre part à leur obligeance pour nous aider à combler les omissions, à réparer les erreurs.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900.

1er Trimestre de l'Année scolaire 1899-1900.

Les Cours du Semestre d'Hiver auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 1er Novembre 1899.

I. *Cours.* — *Physique biologique* : M. GARIEL. Méthode graphique; notions de mécanique animale; applications biologiques de la chaleur; électricité dans ses rapports avec la physiologie et la thérapeutique; étude physique des organes et des sens de la vue et de l'ouïe. Lundi, mercredi, vendredi à 5 heures. (Amphithéâtre de physique et chimie à la Faculté. — *Anatomie* : M. FARABEUF. L'architecture du corps humain, les articulations, les os et les muscles. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Histologie* : M. MATHIAS-DUVAL. La cellule en général et la cellule nerveuse en particulier; le système nerveux, la peau et les organes des sens. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie médicale* : M. DEBOVE. Diagnostic des maladies aiguës. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Anatomie pathologique* (fondation Dupuytren) : M. CORNIL. Anatomie pathologique des organes génitaux de l'homme et de la femme. Lundi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). Mercredi, à 2 heures (Ecole pratique). — *Histoire de la Médecine et de la Chirurgie* (fondation Salmon de Champotrau) M. BRISSAUD : Constitution, tempéraments, diathèses, dans la médecine ancienne et dans la médecine contemporaine. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Thérapeutique* : M. LANDOUZY. Eaux minérales; stations thermales, maritimes, climatériques, sanatoriums; situation, description, applications, indications thérapeutiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Phsyiologie* : M. RICHET. Système nerveux; muscles; circulation, respiration. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre). — *Conférences de Médecine légale* : M. BROUARDEL. Conférences de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue). — *Pathologie expérimentale et comparée* : M. CHANTEMESSE. Etude expérimentale des processus pathologiques généraux. Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures (Amphithéâtre du Laboratoire de pathologie expérimentale à l'Ecole pratique). — *Pharmacologie et matière médicale* : M. POUCHET. Modificateurs du système nerveux central (*suite* et *fin* de l'étude du premier groupe); modificateurs intellectuels; modificateurs de la thermogénèse (antithermiques, analgésiques); modificateurs à action primitive centrale et à action secondaire périphérique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Amphithéâtre de pharmacologie). — *Pathologie chirurgicale* : M. LANNELONGUE. Pathologie générale chirurgicale et chirurgie d'urgence. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté.

II. *Cliniques* (Visite des malades tous les matins). — *Cliniques médicales* : MM. POTAIN, à la Charité, mardi et samedi, à 10 heures. JACCOUD, à la Pitié, mardi et samedi, à 10 heures. HAYEM, à l'hôpital Saint-Antoine, mardi et samedi, à 10 heures. DIEULAFOY, à l'Hôtel-Dieu, mercredi, samedi, à 10 h. 1/2. — *Cliniques chirurgicales* : MM. DUPLAY, à l'Hôtel-Dieu, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. LE DENTU, à l'hôpital Necker, mardi, vendredi, à 9 h. 1/2. TILLAUX, à la Charité, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures. BERGER, à la Pitié, lundi, vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. JOFFROY, à l'Asile clinique (Ste-Anne), lundi et jeudi, à 3 h. 1/4. — *Clinique des maladies des enfants* : M. GRANCHER, à l'Hôpital des Enfants-Malades, mercredi et samedi à 4 heures. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis, mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. RAYMOND, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique ophtalmologique* : M. PANAS, à l'Hôtel Dieu, lundi et vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. GUYON, à l'hôpital Necker, mercredi et samedi, à 9 heures. — *Cliniques d'accouchements* : M. PINARD, à la Clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal, lundi, et vendredi, à 9 heures. M. BUDIN, à la Clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas, mardi et samedi à 9 h. 1/2.

III. *Conférences.* — *Chimie biologique* : M. N... : Fonctionnement animal, l'air et la respiration, les aliments et la digestion, les tissus, le sang, les veines, la nutrition générale. — *Pathologie interne* : M. ROGER, agrégé. Les maladies infectieuses aiguës. Lundi, mercredi et vendredi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie externe* : M. LEJARS, agrégé. Maladies chirurgicales de la poitrine et de l'abdomen. Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Obstétrique* : M. WALLICH, agrégé. Grossesse et accouchement physiologiques; pathologie de la grossesse. Mardi, jeudi et samedi, à 6 heures (Grand Amphithéâtre). — *Anatomie* : (Cours du chef des Travaux). M. RIEFFEL. Anatomie descriptive et topographique des organes des sens et de l'appareil respiratoire. Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Maladies de la peau* : M. GAUCHER, agrégé. Dermatoses parasitaires et tumeurs de la peau Dimanche, à 10 h. 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis). — *Hygiene* : M. WURTZ, agrégé. Conférences pratiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. (Laboratoire d'hygiène). — *Médecine légale* : M. THOINOT, agrégé. Les asphyxies. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie générale élémentaire* : M. ACHARD, agrégé. Etude élémentaire des causes et des réactions morbides (processus pathogéniques et processus pathologiques). Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

IV. *Travaux pratiques.* — *Dissection* : M. RIEFFEL, chef des Travaux anatomiques. Dissection; démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures (Ecole pratique). — *Chimie biologique* : M. HANRIOT, agrégé, chef des Travaux. Manipulations de chimie biologique; conférences et démonstrations. Mardi, jeudi et samedi, de 9 heures à 11 heures du matin. (Ecole pratique). — *Anatomie pathologique* : M. BRAULT, chef des Travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique; conférences et démonstrations. Tous les jours, de 1 à 3 heures (Ecole pratique). — *Parasitologie* : M. GUIART, chef des Travaux. Parasitologie; Conférences et démonstrations, lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 3 h. (Ecole pratique). — *Physique biologique* : M. WEISS, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de physique biologique. Mardi, vendredi, de 9 heures à 11 heures (Ecole pratique). — *Histologie* : M. RETTERER, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques d'histologie (1re année) Lundi, mercredi, de 9 heures à 11 heures. (Ecole pratique).

V. *Division des Etudes.* — *Nouveau régime* (décret du 31 juillet 1893). — *Première année* : Anatomie, histologie, physiologie, chimie biologique, pathologie générale élémentaire (propédeutique). — Travaux pratiques obligatoires : chimie biologique, physique biologique, dissection, histologie.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie externe, pathologie interne, clinique médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, dissection.

Troisième année : Pathologie interne, pathologie externe, pathologie expérimentale et comparée, accouchements, anatomie pathologique, histoire naturelle médicale (parasitologie), cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, anatomie pathologique, parasitologie (parasites animaux et végétaux).

Quatrième année : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, pharmacologie, matière médicale botanique, cliniques médicale et chirurgicale, cliniques spéciales, clinique obstétricale, chimie et physique appliquées à l'hygiène et à la thérapeutique, histoire de la médecine et de la chirurgie — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier spécial, stage obstétrical. — Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

Cinquième année. — Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

VI. — *Renseignements.* — Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2.— MM. les étudiants sont informés qu'ils sont tenus de présenter leur carte d'immatriculation pour être admis à la bibliothèque. MM. les docteurs en médecine sont dispensés de l'immatriculation pour leur admission à la Bibliothèque. A partir du 16 novembre, l'entrée de la bibliothèque sera refusée à tout étudiant qui ne présentera pas sa carte d'immatriculation. Nul ne peut prendre part aux travaux de la Faculté (cours, cliniques, bibliothèque, travaux pratiques réglementaires ou facultatifs, travaux de laboratoire) sans être porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897). Voir plus loin : *Immatriculation, inscriptions, etc.*

Travaux pratiques.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs suivant les cas déterminés pages 303.

Les droits afférents à ces travaux sont soldés lors de la prise de l'inscription trimestrielle, quand il s'agit de travaux pratiques obligatoires. Ils font l'objet d'un versement particulier quand il s'agit de travaux pratiques facultatifs. Ces travaux ont lieu aux époques et dans les conditions indiquées par affiches spéciales.

Aux termes du règlement du 29 décembre 1879, les travaux pratiques ont lieu d'après un programme préparé par le professeur et approuvé par une commission composée des professeurs à l'enseignement desquels les exercices pratiques obligatoires sont afférents.

Les travaux pratiques, dont la durée est annuelle, commencent dans la deuxième quinzaine d'octobre et se terminent dans la première quinzaine de juillet.

Les travaux pratiques du semestre d'hiver commencent dans la deuxième quinzaine d'octobre et se terminent le 15 mars.

Les travaux pratiques du semestre d'été commencent le 15 mars et se terminent dans la première quinzaine de juillet.

Les jours et les heures des exercices pratiques sont arrêtés par le Doyen de la Faculté, d'accord avec le professeur.

Les travaux pratiques sont placés sous la haute direction des professeurs à l'enseignement desquels ils se rattachent.

Chaque professeur est secondé dans cette tâche par un chef des travaux et par les auxiliaires attachés à son enseignement. Le chef des travaux et les auxiliaires sont nommés pour un an. Le chef des travaux, sous la haute direction du professeur, est chargé de diriger et de surveiller les exercices des élèves ; il est secondé par les auxiliaires qui lui sont subordonnés.

Les élèves qui doivent prendre part aux travaux pratiques sont inscrits sur une liste spéciale pour chaque service.

Cette liste, certifiée exacte par le secrétaire de la Faculté, est transmise par le doyen au chef des travaux.

Il est délivré à chaque élève inscrit une carte d'admission aux travaux pratiques. Nul ne peut être admis s'il n'est porteur de cette carte attestant qu'il a acquitté les droits prescrits. Les élèves sont tenus de prendre part aux travaux pratiques aux jours et heures prescrits par le règlement intérieur. La présence des élèves est constatée par le chef des travaux qui fait l'appel au commencement de chaque séance d'exercices. Il est tenu compte des absences sur un registre spécial.

L'inscription trimestrielle n'est délivrée que sur la certification, par le chef des travaux, du travail et de l'assiduité de l'élève aux travaux pratiques. Il est pris note, au dossier scolaire de l'élève, du nombre de ses présences et de ses absences aux travaux pratiques, pour fixer les jurys d'examen. Au sujet des absences non justifiées, le doyen prend telle mesure que de droit.

Les peines qui peuvent être prononcées sont l'*avertissement* pour deux absences ; la *réprimande* pour quatre absences et le *refus de l'inscription trimestrielle* pour six absences dans le courant d'un trimestre.

Nous avons vu plus haut comment est composée la commission chargée de la surveillance des travaux pratiques. Cette commission est présidée par le Doyen, et le Secrétaire de la Faculté en est le Secrétaire. Elle se réunit dans la première semaine de chaque trimestre ; elle donne son avis sur toutes les questions se rattachant aux travaux pratiques ; elle provoque les réformes et améliorations nécessaires.

I. — *Travaux pratiques de dissection et de médecine opératoire.* — Par application du règlement du 30 décembre 1878, l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris est dirigée, sous l'autorité du Doyen, par le chef des travaux anatomiques.

Les travaux exécutés dans les pavillons de cette école sont de deux ordres et se succèdent de la manière suivante :

1° Travaux d'anatomie pendant le semestre d'hiver ;

2° Exercices de médecine opératoire pendant le semestre d'été.

Le chef des travaux anatomiques exerce une surveillance générale sur les travaux des élèves ; il visite les pavillons pendant les heures d'études. Les prosecteurs et les aides d'anatomie lui sont subordonnés. Il délivre les certificats de dissection.

Le chef des travaux anatomiques fait, pendant la saison d'hiver, un cours d'anatomie, après s'être concerté sur le sujet des leçons avec le Professeur d'Anatomie.

Les travaux pratiques de dissection sont obligatoires pour les élèves de deuxième et troisième année (ancien régime) et pour les élèves de première et deuxième année (nouveau régime).

Ils commencent dans la seconde quinzaine d'octobre et finissent dans la première quinzaine d'avril. Les pavillons de dissection sont ouverts de 1 heure à 4 heures, excepté les dimanches et fêtes

Nul n'est admis dans les pavillons s'il n'est muni d'une carte spéciale, attestant qu'il a acquitté les droits réglementaires. Cette carte est personnelle.

Le Secrétaire de la Faculté est chargé de faire verser les droits et de délivrer les cartes d'entrée dans les pavillons. Les étudiants admis dans les pavillons sont divisés en deux catégories ; les *débutants* et les *vétérans*. Les uns et les autres, groupés par séries de cinq élèves, sont placés dans des pavillons distincts. Ils sont dirigés dans leurs travaux par les prosecteurs et les aides d'anatomie.

Les *débutants* ne sont admis à disséquer dans les pavillons qu'après avoir subi un examen d'*ostéologie* devant le chef des travaux anatomiques.

Pour mettre les débutants en état de subir cet examen, des démonstrations d'ostéologie sont faites, pendant le premier mois de la saison, par le personnel enseignant de l'école pratique.

Les chefs de pavillon (1) et les aides d'anatomie font une démonstration quotidienne d'anatomie, d'après un programme donné par le chef des travaux anatomiques.

Ils remettent au chef des travaux anatomiques des notes individuelles sur l'assiduité et le travail des élèves confiés à leur direction.

L'assiduité des élèves est constatée par chacun des aides, sur un carnet visé chaque jour par le chef de pavillon (1).

L'inexactitude sans excuse et prolongée peut être un motif de radiation de l'élève.

La distribution des sujets est faite sous la surveillance du chef des travaux anatomiques ou d'un prosecteur délégué par lui.

Des cours pratiques et successifs d'*opérations chirurgicales*, suivies d'*exercices de médecine opératoire*, ont lieu pendant le semestre d'été dans les pavillons de l'Ecole pratique.

Les exercices de médecine opératoire sont également obligatoires pour les étudiants de quatrième année (ancien régime) et pour les étudiants de troisième année (nouveau régime).

Ils sont dirigés par le chef des travaux anatomiques et le personnel enseignant de l'école pratique.

En raison de la grande affluence des élèves qui s'est montrée ces années dernières à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, les pavillons de l'Ecole pratique sont devenus insuffisants pour contenir tous les travailleurs.

La Faculté a donc dû chercher à améliorer les études anatomiques de ses élèves, et, à cet effet, elle s'est entendue, en 1895, avec l'Administration de l'Assistance publique, pour qu'un certain nombre de ses élèves soient admis à faire leurs études anatomiques obligatoires dans les pavillons de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Le nombre des élèves que la Faculté peut envoyer à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, est actuellement de deux cents pour le semestre d'hiver.

Pendant le semestre d'été, la Faculté peut également envoyer à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux deux séries d'élèves pour y suivre les exercices de médecine opératoire.

La présence des élèves de la Faculté à l'Amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux est constatée suivant un mode de contrôle identique à celui de l'Ecole pratique, le 15 décembre et le 15 mars, pour le semestre d'hiver, et le 15 juin pour le semestre d'été.

Il est adjoint au personnel enseignant de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, pour être attachés spécialement au service des pavillons affectés aux élèves de la Faculté de Médecine, deux aides d'anatomie.

Pour l'année scolaire 1898-1899, le classement des élèves dans les pavillons de dissection de l'Ecole pratique de la Faculté et de l'Amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux sera effectué comme il est indiqué ci-après, pour les élèves de deuxième année de dissection et les élèves de première année de dissection :

Exercices de dissection. — Classement dans les pavillons de dissection. (Ecole pratique de la Faculté et amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.) — I. *Etudiants de 2e année de dissection.* — Les étudiants de 2e année de dissection sont appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection. — Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en juillet 1899, à la Faculté de Médecine de Paris, la 8e inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la 4e inscription (nouveau régime d'études : 1893). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 octobre 1899, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, — ou qui auraient pris la 8e ou la 4e inscription dans une Faculté ou Ecole des départements — (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre). Le classement aura lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, à 9 heures du matin, le vendredi 27 octobre 1899. Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre. (Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.)

II. *Etudiants de 1re année de dissection.* — Ces étudiants seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études, demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la 5e inscription. Les étudiants, appelés sous les drapeaux en 1899-1900, sont priés d'en informer le doyen, aussitôt que possible.

(1) Chaque pavillon est placé sous la surveillance immédiate d'un prosecteur, qui prend le titre de chef de pavillon.

Personnel des Travaux Pratiques.

CHIMIE. — *Chef des travaux* : M. HANRIOT, agrégé. — *Préparateur* : M. Hébert. — *Préparateurs adjoints* : MM. Rabaut, Reynaud, Bousquet, Perret.

PHYSIQUE. — *Chef des travaux* : M. WEISS, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Sandoz et Carvallo.

HISTOIRE NATURELLE. — *Chef des travaux* : M. GUIART. — *Préparateurs* : MM. Neveu-Lemaire, Borrel. — *Aide préparateur* : M. Brumpt.

HISTOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. RETTERER agrégé. — *Préparateurs* : MM. Benoit, Thérèse, Vincent, Maugery, Morin, Mulon, N... — *Aides préparateurs* : MM. Bernard, Bellan, Weber, Jaworowski, Vigier, Geoffroy Saint-Hilaire.

ANATOMIE. — *Chef des travaux* : M. RIEFFEL. — *Prosecteurs* : MM. Savariaud, Gosset, Fredet, Cunéo, Ombrédanne et Proust. Délégués dans les fonctions de prosecteurs : MM. Veau et Dujarier. — *Aides d'anatomie titulaires* : MM. Roger, Herbet, Luys, Guibé, Pascal, Marcille, Monod, Lenormant, Duval, Schwartz, Iselin, Fresson. — *Délégué dans les fonctions* : M. Desjardins. — *Chef du matériel* : M. Boucher.

PHYSIOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. LABORDE. — *Laboratoire de* M. le Pr Charles RICHET : M. Langlois, chef de laboratoire ; M. Héricourt, chef adjoint. — *Travaux pratiques* : M. Camus, chef adjoint; MM. Malbec, Weil, préparateurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Chef des travaux* : M. BRAULT. — *Laboratoire de* M. le professeur Cornil : MM. Marie et Griffon, préparateurs. — *Travaux pratiques* : *Préparateur*, M. Legry; *Moniteurs* : MM. Critzman, Potier, Sergent et Castaigne.

Stage Hospitalier.

Dispositions spéciales à la Faculté de Médecine de Paris. — Extrait du Décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de Médecine de Paris (20 novembre 1893).

Article premier. — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années. Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études. Pendant les deux premières années de stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie. Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés, pendant un trimestre, aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et à la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Ils devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont : 1° les services de clinique générale de la Faculté de Médecine; 2° des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont : 1° les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de Médecine; 2° des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers. M. le Directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 6. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le directeur de l'Assistance publique. Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre membres, le directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens. Le directeur présidera la Commission; en cas de partage, la voix du président sera prépondérante. Le directeur soumettra à la Commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs. Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage. La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible. Cette liste sera adressée à M. le Ministre de l'Instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

Art. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans. Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie. Le professeur donnera, à la fin du cours, des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises, par les soins du Directeur de l'Assistance publique, au Doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra de l'Etat une indemnité annuelle de 3.000 fr. Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen. Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre, et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés. Les stagiaires de deuxième année seront, de préférence, répartis dans les hôpitaux du centre; les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques. La liste de répartition sera transmise à M. le Directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux, qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchement devront faire un stage dans un de ces services, ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

Art. 11. — La Commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine, en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12. — Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

Stage hospitalier.

I. — *Inscription des stagiaires.* — Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1899 1900, et qui auront pris l'inscription de juillet 1899, à la Faculté de Médecine de Paris; savoir : 8e ou 12e (régime de 1878), 4e, 8e ou 12e (régime de 1893). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1899, MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1899 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou une Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre : ces élèves sont invités, en conséquence, à demander le transfert de leur dossier au plus tard le 1er octobre).

II. — *Classement des stagiaires.* — Les stagiaires sont répartis par année et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions. Les élèves en cours irrégulier d'études sont classés les derniers. C'est dans le même ordre que les stagiaires sont appelés à choisir les services dans lesquels ils désirent faire le stage. Aucune exception à cette règle n'est admise. Une lettre de convocation individuelle est adressée aux stagiaires. Les titulaires d'enseignement doivent s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d intervention du chargé de l'enseignement. Le choix des services a lieu les 31 octobre, 3 et 4 novembre 1899, de 9 heures à 11 heures du matin, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté. Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique. Ceux qui n'y seront pas inscrits ne pourront pas prendre d'inscriptions. L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin, le stage commence irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

III. — *Stage d'accouchement et stage spécial.* — Pendant la troisième année de stage, les élèves du nouveau régime d'études sont attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils doivent, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des

yeux, aux maladies des voies urinaires (art. 1er, § 4, du décret du 20 novembre 1893). Ces dispositions ne sont pas appliquées à MM. les internes et externes des hôpitaux appartenant au nouveau régime d'études, que l'Administration de l'Assistance publique n'aurait point attachés à l'un de ces services spéciaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes des hôpitaux doivent justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchement.

IV. — *Justification du stage.* — Les notes concernant l'assiduité et le travail de MM. les stagiaires régulièrement classés, au début de l'année scolaire, dans les services affectés à l'enseignement clinique, sont transmises à la Faculté par les soins de l'Administration générale de l'Assistance publique. L'inscription de janvier est délivrée au stagiaire régulièrement inscrit et classé ; — l'inscription d'avril n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus ; — l'inscription de juillet n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin. MM. les étudiants, internes et externes titulaires des hôpitaux sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier. Pour la prise des inscriptions trimestrielles, MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent joindre à leur feuille d'inscriptions qu'ils déposent deux jours à l'avance, chez le concierge de la Faculté, un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées à MM. les internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

MM. les étudiants délégués par l'Administration de l'Assistance publique pour suppléer des externes absents fournissent à la Faculté : au moment de leur entrée en fonctions, un certificat de M. le secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique attestant leur délégation dans les fonctions d'externes ; trimestriellement, pour les inscriptions à prendre, un certificat de leur chef de service, dans les mêmes conditions que MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux. MM. les internes en pharmacie, étudiants en médecine, sont autorisés à accomplir le stage hospitalier dans le service auquel ils sont attachés en qualité d'internes en pharmacie. Pour la prise des inscriptions trimestrielles, ils remplissent les mêmes formalités que MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

MM. les élèves officiers de santé ne sont pas compris dans le classement officiel des stagiaires. Ils se font inscrire au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique (avenue Victoria, 3), sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions, une carte leur est délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers. MM. les élèves officiers de santé justifient de leur stage au moyen d'un certificat de leur chef de service qu'ils produisent trimestriellement dans les mêmes conditions que celles indiquées plus haut pour MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux

Inscriptions. Formalités à remplir.

Inscription des élèves nouveaux.

L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 4 octobre au 15 novembre 1899.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° Acte de naissance. 2° Consentement du père ou tuteur. (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur.) 3° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie). 4° Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. 5° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté. Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

Revaccination (Extrait de l'arrêté du 5 janvier 1891).

Le Ministre de l'Instruction publique, etc. Arrête : Art. 1er. — Les aspirants au grade de docteur en Médecine ne seront admis à s'inscrire dans les Facultés, que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté. Les Facultés détermineront les conditions de ce contrôle.

Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris a décidé que la revaccination aurait lieu : 1° à l'Académie de Médecine, 41, rue des Saints-Pères ; 2° à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu. Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

Régime scolaire et disciplinaire des Universités.
(Décret du 21 juillet 1897.)

TITRE Ier. — DE L'IMMATRICULATION ET DES INSCRIPTIONS.

Article Ier. — Il est tenu dans les Facultés et écoles de chaque Université, ainsi que dans les Ecoles d'enseignement supérieur extérieures aux sièges des Universités, un registre d'immatriculation.

Art. 2. — Sur ce registre sont portés, sous des numéros distincts, les nom et prénoms de chaque étudiant, la date et le lieu de sa naissance, son domicile personnel et celui de ses parents ou tuteur, et l'ordre d'études qu'il poursuit.

Art. 3. — Nul, sauf les exceptions prévues aux articles 25 et 26 du présent décret, n'est admis aux travaux d'une Faculté ou école, s'il n'est porté comme étudiant sur le registre d'immatriculation de la Faculté ou école.

Art. 4 — Sont portés d'office sur le registre d'immatriculation les étudiants inscrits en vue d'un grade déterminé, en exécution de l'article 8 du présent décret. Les autres sont immatriculés sur la production : 1° de leur acte de naissance ; 2° de l'autorisation de leur père ou tuteur, s'ils sont mineurs ; 3° de leurs diplômes ou certificats ; 4° d'une note indiquant leurs études antérieures et l'ordre d'études qu'ils poursuivent.

Art. 5. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement.

Art. 6. — Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. Elle ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée chaque année contre remise de la carte de l'année précédente. En cas de perte, il peut en être délivré un duplicata.

Art. 7. — Les cartes d'étudiant sont rigoureusement personnelles. Elles ne doivent pas être prêtées.

Art. 8. — Tout étudiant qui poursuit l'obtention d'un des grades institués par l'Etat est astreint aux inscriptions trimestrielles prévues aux règlements spéciaux de ce grade.

Art. 9. — Un réglement arrêté, sous réserve de l'approbation du Ministre, par le conseil de l'Université, ou, pour les écoles extérieures aux sièges des Universités, par le conseil de ces écoles, fixe le délai pendant lequel le registre d'inscriptions demeure ouvert à chaque trimestre. En cas de clôture du registre, un délai de huit jours à dater de leur réception, de leur mise en congé ou de leur libération est accordé : 1° aux bacheliers de l'enseignement secondaire reçus à la session de novembre ; 2° aux étudiants en cours d'études reçus à la même session ; 3° aux étudiants mis en congé ou libérés en exécution de la loi sur le recrutement de l'armée.

Art. 10. — Le registre des inscriptions est tenu sans blancs ni lacunes. Il est clos aux dates réglementaires par le doyen ou directeur et visé ensuite par le recteur ou son délégué.

Art. 11. — L'immatriculation et les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut se faire immatriculer ou inscrire par un tiers.

Art. 12. — En se faisant immatriculer ou inscrire, l'étudiant est tenu de déclarer sa résidence personnelle, ainsi que celle de ses parents ou tuteur. Il est également tenu de déclarer tout changement de l'une ou de l'autre de ces résidences.

Art. 13. — L'étudiant immatriculé ou inscrit dans une Faculté ou école peut se faire immatriculer ou inscrire dans une autre Faculté ou Ecole de la même Université, sur le vu d'un certificat constatant son immatriculation ou son inscription antérieure et sans avoir à produire celles des pièces réglementaires qu'il a déjà déposées.

Art. 14. — La première inscription en vue d'un grade ou d'un titre doit être prise au début de l'année scolaire. Les pièces à déposer par l'aspirant sont : 1° son acte de naissance ; 2° l'autorisation de son père ou tuteur, s'il est mineur ; 3° les diplômes, certificats ou pièces requis par le règlement spécial du grade auquel il aspire. La première inscription ne peut être prise après le 1er décembre, sauf dans les cas prévus à l'article 9.

Art. 15. — Les inscriptions consécutives à la première sont prises à chaque trimestre dans les délais réglementaires. Pour être admis à les prendre, l'étudiant doit justifier de son assiduité aux cours et exercices obligatoires. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le doyen ou directeur peut accorder l'autorisation de prendre soit une inscription après clôture du registre, soit cumulativement avec l'inscription d'un trimestre, l'inscription du trimestre précédent. Toute autorisation d'inscriptions rétroactives portant sur plus d'un trimestre est réservée à la décision du Ministre.

Art. 16. — L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité, par décision du conseil de la Faculté ou école, ou de la commission scolaire nommée par lui. La décision est définitive. L'inscription refusée peut être autorisée rétroactivement, dans les mêmes formes, au trimestre suivant. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre

correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

Art. 17. — Il est interdit de prendre simultanément des inscriptions en vue du même grade soit dans deux établissements publics, soit dans un établissement public et dans un établissement libre. Il est interdit de se faire inscrire en vue du même examen, pendant la même session, dans deux établissements différents. Il est interdit aux candidats ajournés de se présenter de nouveau au même examen pendant la même session. Les examens subis en violation de ces dispositions sont nuls de plein droit, sans préjudice des poursuites disciplinaires.

Art. 18. — Le règlement prévu à l'article 9 détermine le temps que les étudiants inscrits peuvent valablement passer dans une Université étrangère, ainsi que les justifications à produire à leur retour. Sur le vu de ces justifications, le temps passé par eux à l'étranger entre en compte daus leur scolarité réglementaire, et ils sont dispensés des droits d'études, d'inscriptions, de travaux pratiques et de bibliothèque correspondant à cette partie de leur scolarité.

Art. 19. — Sauf motifs jugés valables par la Faculté ou école, les inscriptions correspondant à un examen sont périmées de plein droit si, dans les deux ans qui suivent la dernière, l'étudiant n'a subi aucune épreuve. Ce délai est de trois ans pour les licences ès sciences et ès lettres. Elles sont également périmées si l'étudiant s'est présenté sans succès à l'examen, mais n'a pas renouvelé l'épreuve avant l'expiration des délais ci-dessus indiqués. Dans le cas où l'épreuve a été renouvelée sans succès avant l'expiration de ces délais, les inscriptions restent valables pour l'année scolaire qui suit celle au cours de laquelle a eu lieu le dernier ajournement. Dans tous les cas, le bénéfice des examens subis avec succès demeuret acquis. Le temps passé sous les drapeaux s'ajoute au délai en rainant la péremption. Ce délai n'est pas opposable aux internes en médecine et en pharmacie qui n'ont pas subi tous leurs examens.

Art. 20. — Il est constitué dans chaque Faculté ou école un dossier pour chaque étudiant. Ce dossier contient : 1° Les pièces déposées en vue de l'immatriculation ou de l'inscription ; 2° un relevé, avec dates à l'appui, de la scolarité de l'étudiant, inscriptions, examens, notes d'examens, ajournements, durée du stage, travaux pratiques, etc. ; 3° s'il y a lieu, la mention des peines disciplinaires encourues, avec les motifs des décisions.

Art. 21. — Tout étudiant peut, sous les conditions spécifiées aux règlements particuliers du grade dont il poursuit l'obtention, demander le tranefert de son dossier dans une autre Faculté ou école de même ordre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis. Le dossier est transmis par les soins du recteur. Il doit comprendre, outre les pièces mentionnées à l'article 18, un certificat de bonne conduite délivré par le doyen ou directeur. Avant de délivrer ce certificat, le doyen ou directeur peut exiger la production du casier judiciaire de l'étudiant. En cas de refus du doyen ou directeur, l'étudiant peut recourir au recteur, qui statue définitivement.

Art. 22. — L'étudiant ajourné à un examen ne peut changer de Faculté ou école sans une autorisation spéciale du doyen ou directeur. Cette autorisation ne peut être accordée que pour motif grave. Mention du motif est faite au dossier de l'étudiant. Ces dispositions ne sont pas applicables aux candidats aux licences ès sciences et ès lettres.

Art. 23. — Les règles relatives à l'immatriculation et aux inscriptions sont applicables aux étudiants de nationalité étrangère. Ils peuvent être immatriculés sur la production des diplômes ou titres obtenus par eux à l'étranger. Ils ne peuvent être admis à s'inscrire en vue des grades institués par l'Etat qu'en produisant les diplômes ou certificats exigés des étudiants français ou une décision minstérielle leur accordant soit l'équivalence de leurs titres avec les diplômes ou certificats français, soit la dispense de ces diplômes ou certificats.

Art. 24. — Le doyen ou directeur adresse, au moins une fois chaque année, un bulletin scolaire au père ou au tuteur de chaque étudiant.

Art. 25. — Ne sont pas astreints à l'immatriculation les savants, professeurs ou docteurs français ou étrangers admis par le doyen ou directeur, sur la proposition des professeurs, dans les conférences ou dans les laboratoires des Universités.

Titre II. — Des auditeurs.

Art. 25. — Les cours qu'une décision du conseil de la Faculté ou école n'a pas réservés aux seuls étudiants sont ouverts aux personnes qui désirent les suivre. Toutefois, quand le bon ordre l'exige, cette liberté peut être suspendue pour les personnes non munies de cartes d'auditeur. La suspension est prononcée par le doyen ou directeur. La durée en est fixée par le conseil de la Faculté ou école.

Art. 27. — Les personnes qui désirent obtenir des cartes d'auditeur sont tenues de faire connaître par écrit, au secrétariat de la Faculté ou école, leur nom, prénoms, profession et domicile, avec indication des cours qu'elles se proposent de suivre. Le doyen ou directeur peut les inviter à justifier de leur identité. Les cartes d'auditeur sont délivrées gratuitement. Elles ne sont valables que pour l'année scolaire et pour les cours qu'elles désignent.

Art. 28. — Par mesure d'ordre, le doyen ou directeur peut toujours refuser une carte d'auditeur ou annuler une carte délivrée.

Art. 29. — Les cartes d'auditeur sont rigoureusement personnelles. Elles sont distinctes des cartes d'étudiant. Ne peuvent tenir lieu de cartes d'auditeur dans une Faculté ou école les cartes d'étudiant d'une autre Faculte ou école.

Art. 30. — Toute personne présente dans l'intérieur ou dans les dépendances de la Faculté ou école peut être requise soit de justifier son identité, soit de présenter sa carte d'étudiant ou d'auditeur. En cas de refus, il peut lui être interdit de séjourner dans la Faculté ou école.

Art. 31. — Par mesure d'ordre, le doyen ou directeur peut ordonner la production des cartes à l'entrée de l'établissement ou de la salle de cours.

Titre III. — De la discipline.

Art. 32. — L'action disciplinaire exercée contre les étudiants est indépendante de l'action des tribunaux.

Art. 33. — Relèvent de la juridiction du conseil de l'Université : 1° Les étudiants immatriculés ou inscrits sur le registre d'une Faculté ou école d'enseignement supérieur de l'État, tant que leur immatriculation est valable ou que leurs inscriptions ne sont pas périmées; 2° les candidats aux grades et titres de l'enseignement supérieur, ainsi que les candidats aux baccalauréats de l'enseignement secondaire, pour toute faute commise au cours ou à l'occasion d'un examen.

Art. 34. — Les peines de discipline sont : 1° la réprimande; 2° l'interdiction de prendre des inscriptions et de subir des examens dans la Faculté ou école pendant un an au plus ; 3° L'exclusion de la Faculté ou école pendant un an au plus; 4° L'exclusion de l'Université pendant deux ans au plus ; 5° L'exclusion à toujours de l'Université, et en outre, s'il y a lieu, l'exclusion temporaire de toutes les Facultés et écoles, prévue au paragraphe 7 du présent article ; 6° L'interdiction de subir un ou plusieurs examens déterminés devant aucune Faculté ou école pendant deux ans au plus ; 7° L'exclusion de toutes les Facultés et écoles d'enseignement supérieur, publiques et libres, pendant deux ans au plus ; 7° L'exclusion à toujours de toutes les Facultés et écoles d'enseignement supérieur, publiques et libres. L'exclusion entraine l'incapacité de se faire immatriculer, de prendre des inscriptions et de subir des examens. Lorsque l'exclusion temporaire ou l'exclusion perpétuelle prévues aux paragraphes 4 et 5 du présent article sont prononcées contre un étudiant d'une école extérieure au siège d'une Université, elles sont limitées à cette école.

Art. 35. — Le doyen ou directeur a droit d'avertissement et d'admonestation à l'égard de tous les étudiants de la Faculté ou école.

Art. 36. — Le doyen ou directeur est tenu de porter à la connaissance du recteur, par rapport écrit et dans le plus bref délai possible : 1° Les infractions aux articles 7, 11, 12 et 17 du présent décret ; 2° les fautes contre la discipline ou l'ordre scolaire et les faits criminels ou délictueux dont les étudiants se seraient rendus coupables.

Art. 37. — Par mesure administrative, le recteur peut interdire l'accès des bâtiments de l'Université à tout délinquant déféré au conseil jusqu'au jour de sa comparution devant le conseil.

Art. 38. — En cas d'infraction aux dispositions réglementaires visées à l'article 36, le conseil peut prononcer une des peines prévues aux paragraphes 1°, 2°, 3° et 6° de l'article 34. Dans les autres cas, il prononce, selon la gravité de la faute, une des peines prévues à l'article 34.

Art. 39. — Appel peut être interjeté par les recteurs de toutes les décisions du conseil de l'Université en matière disciplinaire. Appel peut être interjeté par la partie des décisions prononçant contre elle une des peines prévues aux paragraphes 6°, 7° et 8° de l'article 34.

Art. 40. — En cas de désordres graves : un cours peut être suspendu par le recteur, après avis du doyen ou directeur ; une Faculté, école ou Université peut être fermée temporairement par le Ministre, après avis du conseil de l'Université ou du conseil de l'école s'il s'agit d'une école extérieure au siège d'une Université. La mesure peut être restreinte aux enseignements et travaux pratiques correspondant à un ordre déterminé d'études. Pendant la durée de la fermeture, tous les actes scolaires sont suspendus, et les étudiants ne peuvent prendre d'inscriptions, subir d'examens ni obtenir le transfert de leur dossier dans un autre établissement.

Art. 41. — Tout examen entaché de fraude ou de tentative de

fraude doit être déclaré nul. En cas de flagrant délit, le candidat quitte la salle ; la nullité de l'examen est prononcée par le jury : dans les autres cas, l'annulation est prononcée par le conseil de l'Université. La nullité ou l'annulation de l'examen peut être prononcée contre les complices de l'auteur principal de la fraude ou de la tentative de fraude. L'auteur principal et ses complices sont déférés au conseil de l'Université et peuvent être punis d'une des peines prévues aux paragraphes 6°, 7° et 8° de l'article 34.

Art. 42. — L'annulation de l'examen entraîne la nullité du diplôme dans le cas où il a été délivré avant la découverte de la fraude.

Art. 43. — Le conseil de l'Université peut ordonner l'affichage de ses décisions en matière disciplinaire à l'intérieur de l'Université ou de l'école.

Art. 44. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions des ordonnances, décrets et statuts antérieurs, contraires au présent décret, notamment les ordonnances du 5 juillet 1820, le titre IV de l'ordonnance du 2 février 1823 et le décret du 30 juillet 1883, à l'exception des articles 20 et 21.

Art. 45. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des Lois* et publié au *Journal Officiel*.

Changement d'établissement. — Dispositions spéciales à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris. (*Circulaire du 24 janvier* 1896). « Monsieur le Recteur, l'article 23 du décret du 30 juillet 1883 détermine la procédure à suivre en ce qui concerne le transfert des dossiers des étudiants qui veulent passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre en conservant le bénéfice des inscriptions qu'ils ont prises et des examens qu'ils ont subis.

Mon attention a été très particulièrement appelée sur les graves inconvénients qui résultent de l'application de ces dispositions lorsqu'il s'agit d'étudiants transférés à la Faculté de Médecine de Paris au cours de l'année scolaire, c'est-à-dire au moment où le stage est complètement organisé et alors que tous les étudiants sont distribués dans les divers services hospitaliers.

La section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, saisie de la question, a été d'avis qu'il était indispensable de remédier aux inconvénients signalés et a proposé dans ce but d'adopter les mesures ci-après, savoir :

1° Les demandes de transfert présentées en vue d'une nouvelle année scolaire devront être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre ;

2° Les demandes de transfert formées au cours de l'année scolaire seront soumises à un double avis : celui de la Faculté ou Ecole que l'étudiant veut quitter, celui du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Dans le cas ou l'étudiant ou sa famille n'accepterait pas la suite donnée à sa demande, il en serait référé à mon administration.

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai adopté cet avis et je vous prie de vouloir bien donner les instructions nécessaires à MM. les Doyens et Directeurs des Facultés et Ecoles de Médecine de votre ressort académique pour la mise en vigueur, à dater de ce jour, des mesures proposées par la section permanente. »

Art. 27. — Tout Etudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté.

Inscriptions, cartes d'étudiants et travaux pratiques.

Immatriculation, inscriptions, cartes, travaux pratiques, travaux de laboratoire.

I. — *Immatriculation*. — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (cours, bibliothèque, travaux pratiques, laboratoires, cliniques, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897). L'immatriculation a lieu, soit d'office, soit sur demande. — *Immatriculation d'office*. L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle est immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation. — *Immatriculation sur demande*. Doivent se faire immatriculer: 1° Les étudiants pourvus de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les étudiants dont la scolarité est interrompue ; 3° les docteurs français et étrangers ; 4° les étudiants français et étrangers, etc., qui désirent être admis aux travaux de la Faculté. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 30 francs. Les immatriculations d'office auront lieu aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles. Les immatriculations sur demande seront effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures. — *N. B.* L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers.

II. *Inscriptions*. — Les inscriptions seront délivrées, pendant l'année scolaire 1899-1900, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 3 heures : 1er *trimestre* 1899-1900 : 1° Inscriptions de 1re année (voir ci-dessus) ; — 2° inscriptions de 2e, 3e et 4e années, du 4 au 21 octobre 1899 (excepté les lundis et mardis). — 2e *trimestre* 1899-1900 : Les inscriptions des quatre années seront délivrées du 4 au 27 janvier 1900 inclus (excepté les lundis et mardis). 3e *trimestre* 1899-1900 : Les inscriptions des quatre années seront délivrées du 28 mars au 28 avril 1900 inclus (excepté les lundis et mardis). 4e *trimestre* 1899-1900 : 1° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années (officiat), le 21 juin; 2° inscriptions de 1re année (doctorat), en juillet : les 2, 3, 4 et 5 ; 3° inscriptions de 2e, 3e et 4e années (doctorat), du 6 au 16 juillet inclus. L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles, aux dates ci-dessus indiquées. MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire. MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription. L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

III. *Cartes. Cartes d'immatriculation*. — Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. Elle ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée chaque année contre la remise de la carte précédente. En cas de perte, il peut en être délivré un duplicata. Les cartes sont rigoureusement personnelles. Elles ne doivent pas être prêtées. Pour l'année scolaire 1899-1900, les cartes d'immatriculation seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté au moment de l'immatriculation, qu'il s'agisse d'une immatriculation d'office, ou d'une immatriculation sur demande. MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie, feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 4, les lundis et mardis, de midi à 3 heures, pour apposition du cachet de la Faculté. — *Cartes d'entrée dans les laboratoires*. MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches recevront une carte d'entrée dans ces laboratoires. Pour l'année scolaire 1899-1900, les cartes d'entrée dans les laboratoires de recherches seront délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1) les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures, sur la présentation de la quittance du versement des droits réglementaires.

IV. *Travaux pratiques réglementaires*. — Les travaux pratiques sont réglementaires ou facultatifs. — Ils sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre (MM. les étudiants sont priés de consulter ces affiches qui paraissent vers le 15 octobre et le 15 février). Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont acquittés trimestriellement en prenant l'inscription correspondante. MM. les étudiants immatriculés, mais dont la scolarité est interrompue, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours de scolarité.

V. — *Travaux de laboratoire, travaux pratiques facultatifs*. — Peuvent y être admis, à condition d'y être autorisés par M. le Doyen sur leur demande écrite et après immatriculation : 1° tous les étudiants de la Faculté ; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers, etc. L'autorisation est valable pour un trimestre. Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est fixé de 50 à 150 francs.

Des affiches spéciales annonceront l'ouverture des travaux pratiques réglementaires et facultatifs, ainsi que des travaux de laboratoire.

Consignations pour examens.

I. — *Examens qui se passent en sessions*. — *Ancien régime*. — 1er examen de doctorat : A. Session d'octobre 1899 : Seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées, seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1899 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du conseil de la Faculté, les consignations seront reçues les 9 et 10 octobre 1899, la session aura lieu du 23 au 28 octobre 1899. — B. Session de novembre 1899 à mars 1900 : *Ancien ré-*

gime, 2e examen de doctorat (2e partie); *Nouveau régime*, 2e examen: Seront admis les candidats pourvus de 12 inscriptions non périmées et les candidats pourvus de 8 inscriptions non périmées, les consignations sont reçues les lundis et mardis, de midi à 3 h., du 9 octobre 1899 au 6 février 1900. Les candidats seront appelés 15 à 20 jours après la date de leur consignation. La session aura lieu du 23 octobre 1899 au 1er mars 1900. La 14e inscription (ancien régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus à la 2e partie du 2e examen. La 10e inscription (nouveau régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus au 2e examen. Les candidats à la 2e partie du 2e examen (ancien régime), et au 2e examen (nouveau régime), ajournés avant le 1er mars 1900, pourront se présenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 14 au 31 mai 1900. Ils devront consigner les 30 avril et 1er mai 1900. En cas de nouvel échec, ils pourront bénéficier de la session indiquée pour les candidats ajournés à la 1re partie du 2e examen (ancien régime) et au 1er examen (nouveau régime). — C. Session de janvier 1900: *Ancien régime*, 1er examen de doctorat: Seront admis les élèves-docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1899. La 5e et la 6e inscriptions seront délivrées en janvier 1900, aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1899, après immatriculation et versement des droits réglementaires. Les consignations seront reçues les 18 et 19 décembre 1899, la session aura lieu dans la première quinzaine de janvier 1900. — D. Session de mars à mai 1900: *Ancien régime*, 2e examen (2e partie): Seront admis tous les candidats pourvus de 10 inscriptions au moins, non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres; les consignations seront reçues les 5 et 6 mars 1900, la session commencera le 12 mars 1900. Les candidats ajournés à la 1re partie du 2e examen (ancien régime) et au 1er examen (nouveau régime), sont informés que: 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la première quinzaine de juin (à partir du 11 juin); 2° Les épreuves orales seront renouvelées: *a)* à partir du 11 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 13 mai; *b)* à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 12 mai et avant le 1er juin. Les candidats ajournés avant le 13 mai consigneront les 21, 22, 28 et 29 mai inclusivement, dernier délai; les candidats ajournés après le 13 mai et avant le 1er juin consigneront les 11 et 12 juin inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec. 3° Session de juillet 1900: 1er examen de doctorat (ancien régime), examens de fin d'année d'officier de santé: seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées. Seront seuls admis les candidats officiers de santé ayant, au moment de l'examen, 4, 8 ou 12 inscriptions non périmées, les consignations seront reçues les 18 et 19 juin 1900, et les 11 et 12 juin 1900 pour les examens de fin d'année. La session aura lieu du 2 au 7 juillet 1900; la session des examens de fin d'année commencera le 25 juin 1900.

N. B. En se présentant au secrétariat (guichet n° 3) pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

II. — *Limites des consignations pour examens qui ne se passent pas en sessions.*

Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis et mardis, de midi à 3 heures, du 9 octobre 1899 aux dates ci-après désignées:

Doctorat (ancien régime): 2e examen (1re partie), jusqu'au 6 mars 1900; (toutefois, les élèves entrant en 3e année au mois d'octobre 1899 ne pourront consigner que les 5 et 6 mars 1900. Voir ci-dessus la date des consignations pour examens qui se passent en sessions). 2e examen (2e partie) (voir la date des consignations pour examens qui se passent en sessions). 3e examen (1re partie), jusqu'au 20 février 1900; 3e examen (2e partie), jusqu'au 2 avril 1900; 4e examen, jusqu'au 15 mai 1900; 5e examen (1re partie), jusqu'au 12 juin 1900. Les candidats à la 1re partie du 5e examen ne seront admis à consigner que sur la justification du stage obstétrical exigé. 5e examen (2e partie), jusqu'au 26 juin 1900; thèses, jusqu'au 3 juillet 1900. Passé le 3 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Officiat. — 1er examen définitif, jusqu'au 6 mars 1900; 2e examen définitif, jusqu'au 2 avril 1900; 3e examen définitif, jusqu'au 26 juin 1900.

Doctorat (nouveau régime).— 1er examen, jusqu'au 6 mars 1900. Toutefois, les élèves entrant en 2e année au mois d'octobre 1899 ne pourront consigner que les 5 et 6 mars 1900. (Voir plus haut: Consignations pour examens qui se passent en session.) — 2e examen jusqu'au 6 février 1900. — 3e examen (1re partie), jusqu'au 20 février 1900. — (2e partie) jusqu'au 2 avril 1900. Les deux premières parties du 3e examen (nouveau régime) sont subies entre les 13e et 16e inscriptions. — 4e examen, jusqu'au 15 mai 1900. — 5e examen (1re partie), jusqu'au 12 juin 1900. Les candidats ne pourront consigner qu'en justifiant qu'ils ont accompli leur stage obstétrical. — 5e examen (2e partie), jusqu'au 25 juin 1900. — Thèses, jusqu'au 3 juillet 1900.

MM. les candidats ajournés avant le 1er juin 1900 sont informés que: 1° L'épreuve pratique d'anatomie sera renouvelée dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 11 juin); l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 1er mai et dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 11 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées à partir du 11 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai; à partir du 12 juillet, pour les candidats ayant échoué après le 15 mai et avant le 1er juin.

Les candidats ajournés pour la médecine opératoire consigneront les 19 et 20 mars, ou les 21, 22, 28 et 29 mai inclusivement, *dernier délai*. Pour les examens autres que la médecine opératoire: les candidats ajournés avant le 13 mai consigneront les 21, 22, 28 et 29 mai, inclusivement, *dernier délai*; les candidats ajournés après le 13 mai et avant le 1er juin consigneront les 11 et 12 juin, inclusivement, *dernier délai*. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec. Les élèves ajournés après le 1er juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Liste des Prix de la Faculté de Médecine.

PRIX CORVISART. — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir au prix d'encouragement fondé par M. le professeur Corvisart. Les élèves qui désireront concourir pour ce prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes (1). Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lits, et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis. Une question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes; les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique.

Le 15 octobre 1899 au plus tard, chacun des concurrents a dû remettre au secrétariat de la Faculté: 1° les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés; 2° la réponse à la question proposée. Un jury, dont les professeurs de clinique feront nécessairement partie, sera chargé de présenter un rapport sur ses travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il jugera dignes d'obtenir des médailles. Le résultat du concours sera immédiatement transmis au Ministre de l'Instruction publique. Le prix consistera en médailles de vermeil, accompagnées d'une somme réglée comme il suit: Lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 francs. Lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 fr.

Concours de 1899. La question proposée est: *De la péritonite des cirrhotiques*. Les mémoires ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1899, à 4 heures, dernier délai, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

PRIX MONTYON. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 fr. payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les *maladies prédominantes* dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1899, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

PRIX BARBIER. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de Médecine décerne tous les ans un prix de 2.000 fr. à la personne qui a inventé une *opération*, des *instruments*, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre, dernier délai.

PRIX CHATEAUVILLARD. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2.000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de Médecine de Paris, au meilleur travail sur les *sciences médicales*, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Le Conseil de la Faculté a décidé (16 décembre 1897), que le prix Chatauvillard serait décerné dès le commencement de chaque année (en février ou mars). — Ils sont

(1) Cliniques médicales, des maladies mentales, des maladies des enfants, des maladies syphilitiques et cutanées, des maladies du système nerveux.

reçus au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de Médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1.000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er septembre de chaque année, au Secrétariat de la Faculté. Ils devront produire: 1° une demande (timbre de 0 fr. 60); 2° toutes les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Donation Faucher. — Par acte notarié, en date du 20 juillet 1894, Mme Alexandra-Vincentine-Sophie Wolowska, veuve de M. Léon-Joseph Faucher, a fait don à la Faculté de Médecine de Paris, d'une rente de 1.200 francs en 3 0/0, sur l'Etat français, pour les arrérages être employés, chaque année, à couvrir de leurs rais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais. Par décret en date du 5 janvier 1895, M. le Doyen a été autorisé à accepter cette donation au nom de la Faculté. Pour participer à cette donation, qui sera attribuée par le Conseil de la Faculté, les candidats devront déposer au secrétariat de la Faculté, avant le 1er septembre de chaque année : 1° une demande (timbre de 0 fr. 60) ; 2° toutes pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille ; 3° un document authentique établissant leur nationalité française ou polonaise. A l'ouverture de chaque année scolaire, et avant le 1er octobre, le Comité de la Bibliothèque polonaise dont le siège est à Paris, quai d'Orléans, n° 6, devra présenter à M. le Doyen une liste de candidats, sans que cette présentation puisse tendre à un autre but que celui d'établir le preuve de la réalisation de la condition de nationalité des étudiants polonais. Si ce Comité venait à se dissoudre ou à disparaître pour quelque cause que ce soit, la donatrice s'en remet à la Faculté de Médecine du soin de faire contrôler, par qui bon lui semblera, la nationalité des candidats polonais.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10.000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phtisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Ce prix ne peut être partagé. La Commission, chargée de décerner ce prix, se réunit au mois de novembre. A la fin de l'année 1900, il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la *phtisie*.

Legs Jeunesse. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 27 février 1877, a légué à la Faculté de Médecine de Paris : 1° une somme de 1.500 fr. pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'*hygiène*; 2° une somme de 750 fr. pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'*histologie*. — En 1899 les deux prix seront distribués. Les mémoires des candidats ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre, à 3 heures, dernier délai.

Prix J. Saintour. — Par un testament en date du 16 novembre 1888, M. le Dr J. Saintour a légué, à la Faculté de Médecine de Paris, une somme destinée à la fondation d'un prix qui portera son nom et dont le sujet sera, chaque année, désigné par la Faculté. Ce prix est de 3.000 fr. Le sujet mis au concours est : *De l'insuffisance hépatique*. — Les mémoires doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre de chaque année, à 3 heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Béhier. — Mme veuve Béhier a légué à la Faculté de Médecine de Paris, par un testament en date du 7 octobre 1889, une somme destinée à la fondation d'un prix biennal qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur une question de *pathologie médicale*. Ce prix, qui est de 1.800 francs, sera attribué en 1900. Le sujet proposé pour le concours est ainsi conçu : *Des hémorragies des muqueuses et de la peau dans les maladies du foie*. — Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1900, à 4 heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigrapbe pour les faire connaître.

Prix Charles Legroux. — Par acte notarié en date du 5 avril 1897, Mme Veuve Legroux a fait don à la Faculté de Médecine de Paris d'une somme de 10.000 francs destinée à l'acquisition d'un titre de rente 3 0/0 sur l'Etat français, pour les arrérages de cette rente être affectés a la fondation perpétuelle d'un prix dénommé Prix Charles Legroux et qui sera décerné tous les cinq ans, par ladite Faculté, au meilleur travail sur le *diabète, ses causes et son traitement*. Ce prix sera attribué en 1902. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1902, dernier délai.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guibert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu annuel est de 3.000 fr.; il est affecté à l'entretien des *bourses* dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris. Pour participer à ce legs, les candidats devront en faire la demande avant le 1er septembre: cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Legs Pelrin. — Par acte du 22 juin 1846, M. et Mme Pelrin ont institué en mémoire de Charles Pelrin, leur fils, des bourses destinées à assurer à des étudiants peu aisés le bienfait de l'enseignement supérieur. — *Conditions du Legs*: 1° Etre bachelier ès sciences ou ès lettres ; 2° Etre d'une conduite régulière et honnête ; 3° Annoncer des aptitudes pour l'enseignement supérieur; 4° Appartenir à une famille peu aisée, domiciliée à Paris, depuis 5 ans au moins. — Les candidats doivent adresser leur demande le 1er septembre : cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le Ministre celles qui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable). Sont seules admises au concours les thèses ayant obtenu les notes *extrêmement satisfait* et *très satisfait*.

Bourses du Doctorat en médecine.

Dispositions générales. — Les bourses du doctorat en médecine sont données pour une année.

Les concours ont lieu au siège des Facultés.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Deux heures sont accordées pour chacune des compositions.

La valeur de chacune des compositions est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20.

Les candidats s'inscrivent au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit au plus. Ils désignent en s'inscrivant la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, et joignent à cette déclaration les pièces énumérées dans l'article 2 du Règlement du 5 novembre 1877. (Ces pièces sont : 1° leur acte de naissance ; 2° leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres ; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie des dits établissements ; 4° un certificat du chef ou des chefs des dits établissements constatant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans le cours de ses classes, et des renseignements sur la situation de fortune de sa famille.)

Dispositions particulières. — Les bourses de première, deuxième, troisième, quatrième et cinquième années sont obtenues aux conditions ci-après, suivant le régime d'études auquel appartient le candidat.

Première année. — Les bourses de première année sont accordées sans concours. — a) Ancien régime. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note *Bien*, pourront obtenir une bourse de première année (1). — *b*) Nouveau régime. Les candidats qui justifient de la mention *Bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (Lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pourront obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année.

Deuxième année. — a) Ancien régime. Sont admis à concourir, les candidats qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. L'épreuve consiste : 1° En une composition de chimie; 2° en une composition de physique et d'histoire naturelle. — *b*) Nouveau régime. Sont admis à concourir les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie).

Troisième année. — a) Ancien régime. Sont admis à concourir, les candidats pourvus de 8 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire et qui justifient de leur assi-

(1) Ces dispositions sont abrogées par suite de la mise en vigueur du régime d'études établi par le décret du 31 juillet 1893.

duité aux travaux pratiques de deuxième année. L'épreuve consiste : 1° En une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie); 2° en une composition d'histologie. — b) Nouveau régime. Sont admis à concourir les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie); 2° en une composition d'histologie.

Quatrième année. — a) Ancien régime. Sont admis à concourir, les candidats pourvus de 12 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la première partie du second examen probatoire. L'épreuve consiste: 1° En une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie, anatomie des régions); 2° en une composition d'histologie et de physiologie. — b) Nouveau régime. Sont admis à concourir les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note *Bien* le deuxième examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition de physiologie ; 2° en une composition de chirurgie.

Cinquième année (ancien régime). Sont admis à concourir, les candidats pourvus de 16 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition de médecine; 2° en une composition de chirurgie. — b. Nouveau régime. Sont admis à concourir les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note *Bien* le troisième examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition de médecine; 2° en une composition de chirurgie. Les étudiants pourvus de 16 inscriptions sont également susceptibles d'être nommés boursiers durant les deux années qui suivent la 16e inscription. Mais, pour pouvoir prendre part au concours en vue d'une seconde année de bourse, il faut qu'ils aient fait acte de scolarité, c'est-à-dire qu'ils aient subi un examen probatoire avec la note BIEN. En conséquence, les étudiants qui, pourvus de 16 inscriptions, ont obtenu une bourse pour 1898-1899, ne pourront subir les épreuves du concours du mois d'octobre prochain qu'autant qu'ils justifieront avoir passé un examen, et dans les conditions déterminées par le règlement. (*Arr. du* 19 *septembre* 1887).

N.-B. — Le montant de la bourse est de 1.200 francs payables par douzièmes, à la caisse de la Faculté.

B.— Bourses municipales de Médecine. —*Arrêté du Préfet de la Seine portant règlement pour l'attribution des bourses allouées à la Faculté de Médecine de Paris.* — Le Préfet de la Seine, Vu la délibération en date du 28 décembre 1887, par laquelle le Conseil municipal de Paris a voté un règlement fixant le mode d'emploi des subventions allouées par la ville de Paris aux Facultés de droit et de médecine, et à l'Ecole supérieure de pharmacie de cette ville; Vu le règlement adopté par le Conseil municipal de Paris en date du 1er août 1884 et approuvé par arrêté préfectoral en date du 17 septembre suivant, pour la répartition des bourses municipales fondées à la Faculté de droit; Vu les lois du 18 juillet 1837 et du 24 juillet 1867 ; Vu le décret du 25 mars 1852; Sur le rapport de l'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine, arrête : *Art.* 1er. Est approuvée la délibération susvisée du Conseil municipal de Paris en date du 28 décembre 1887.— *Art.* 2. En conséquence, est adopté le règlement dont le texte suit pour l'emploi de la subvention allouée par la Ville de Paris à la Faculté de droit, à la Faculté de médecine et à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Règlement. — *Art.* 1er. Une subvention municipale de 6.000 fr., renouvelable chaque année, est accordée à la Faculté de médecine de Paris. — *Art.* 2. Cette subvention est applicable : 1° Principalement à la fondation de bourses d'études de douze cents francs chacune; 2° Exceptionnellement à la fondation de bourses de voyages à l'étranger, dont le montant est fixé dans chaque cas particulier par décision spéciale du Conseil municipal. — *Art.* 3. Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves nés soit à Paris, soit au moins dans le département de la Seine, ou dont les parents y sont domiciliés depuis cinq ans au moins. A égalité de titres, elles sont attribuées de préférence au candidat dont la famille y est domiciliée depuis plus longtemps.

I. Bourses d'études. — *Art.* 4. Les bourses d'études ont pour objet de venir en aide aux jeunes gens qui n'ont pas les ressources nécessaires pour développer leur instruction. Elles sont réservées, en principe, à des élèves ayant suivi les cours de la Faculté depuis un an au moins et ayant obtenu des notes satisfaisantes aux examens de l'année précédente ; exceptionnellement, une fraction de bourse pourra être accordée à des élèves de 1re année. Les bourses ou fractions de bourses sont accordées pour un an, par le Conseil municipal, sur la proposition de la Faculté, après avis du Préfet. Elles pourront être renouvelées. — *Art.* 5. Le montant des bourses est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet au bénéficiaire par fraction d'un quart, au début de chaque trimestre de l'année scolaire; cependant, en ce qui concerne le premier trimestre de l'année scolaire, en raison de la date de réouverture des cours et des délais nécessités par l'instruction des demandes, la fraction correspondante peut être payée à l'expiration de ce trimestre, en même temps que celle du deuxième trimestre.

II. Bourses de voyage. — *Art.* 6. Les bourses de voyage se divisent en bourses de voyage d'études, accordées aux aspirants au doctorat, et en bourses de voyage de recherches, accordées, sur le vu d'un programme, aux docteurs reçus depuis moins de quatre ans. Les unes et les autres sont accordées sur la proposition de la Faculté et sur l'avis du Préfet de la Seine par le Conseil municipal, qui en fixe le montant. — *Art.* 7. Au retour de leur voyage, les titulaires d'une bourse de voyage de recherches doivent consigner dans un rapport les résultats de leurs études sur les matières du programme arrêté par le Conseil municipal. Les titulaires de bourses de voyage d'études devront également adresser un rapport sur leurs travaux. Ces rapports seront transmis au Conseil municipal avec les observations de la Faculté. — *Art.* 8. Le montant des bourses de voyage est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet, en une seule fois, au bénéficiaire au moment de son départ.

III. Instruction des demandes.—*Art.* 9. Les demandes de bourses seront déposées par les candidats au secrétariat de la Faculté avant le 15 nov. Elles doivent être transmises, avant le 15 décembre, à M. le Préfet de la Seine qui les soumet, avec son avis, au Conseil municipal. —*Art.* 10. Toutes les demandes déposées doivent être transmises chacune accompagnée d'un avis spécial. La Faculté propose tous les candidats qui lui paraissent dignes d'une bourse ; elle indique pour eux ses préférences. — *Art.* 11. A la liste de présentation sont joints les dossiers des candidats. Chacun de ces dossiers comprend nécessairement les notes, renseignements, indication des travaux précédemment exécutés par les élèves, etc., de nature à éclairer le Conseil sur la situation de fortune et le mérite des candidats. En ce qui concerne les bourses de voyage de recherches, les dossiers des candidats doivent contenir, en outre, les programmes rédigés par les élèves et dont il est question à l'art. 6 ci-dessus. — *Art.* 12. Le Conseil municipal, sur le vu des propositions et des justifications qui lui sont soumises, dresse la liste des élèves auxquels est accordée une bourse d'étude, décide s'il y a lieu d'accorder des bourses de voyage, et fixe, dans ce cas, le montant de la somme affectée aux dites bourses et les élèves qui doivent en bénéficier. — *Art.* 13. Aucune bourse ne peut être accordée au nom de la Faculté de droit, de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie en dehors des propositions de la Faculté ou Ecole. — *Art.* 14. Le Secrétaire général de la Préfecture et l'Inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement primaire de la Seine, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté.

IV. Gratuité. — Ne sont passibles d'aucun droit en vertu du règlement du 27 novembre 1834 et des arrêtés des 26 novembre et 2 décembre 1864 : *Règlement du* 27 *novembre* 1834. 1° Les fils de professeurs de Faculté dans la Faculté où leur père professe ou est mort dans l'exercice de ses fonctions (*Décret du* 25 *janvier* 1807 *et jurisprudence*); 2° les élèves qui ont obtenu les prix d'honneur au concours général dans toutes les Facultés où ils se présentent. — *Arrêtés des* 26 *novembre et* 2 *décembre* 1864. L'élève qui a remporté, soit dans le concours général des lycées et collèges de Paris et de Versailles, le prix d'histoire en rhétorique, n'est passible d'aucun droit dans toutes les Facultés ou Ecoles dont il suivra les cours.

V. Exonérations. — *Exonérations de droit.* Sont dispensés de payer les droits d'inscription les boursiers, les fonctionnaires des établissements d'enseignement secondaire et primaire. — a) *Boursiers.* La dispense du droit d'inscription est accordée aux boursiers d'études près la Faculté à laquelle ils sont attachés (*Circul. du* 14 *novembre* 1890). Les boursiers entretenus près les établissements d'enseignement supérieur par les départements, les communes ou les particuliers, sont admis, aux mêmes titres que les boursiers de l'Etat, au bénéfice de la gratuité du droit d'inscription, à la condition expresse que les subventions allouées par lesdits départements, communes ou particuliers, soient rattachées en temps voulu au budget des fond de concours (*Instruction du* 1er *avril* 1887. — b) *Fonctionnaires des établissements d'enseignement.* Sont dispensés du droit d'inscription, tous les répétiteurs titulaires, stagiaires, auxiliaires des établissements d'enseignement secondaire publics, lycées et collèges entretenus par l'Etat ou par les villes (*Circul. du* 25 *août* 1887). La dispense du droit d'inscription est accordée aux fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire, aux élèves de l'Ecole normale de Cluny et aux fonctionnaires de l'enseignement primaire public (*Circul. du* 14 *avril* 1888). Les fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire et d'enseignement primaire, les fonctionnaires régulièrement agréés au collège Stanislas,

au collège Sainte-Barbe et à l'Ecole Alsacienne, candidats aux agrégations de l'enseignement secondaire, sont dispensés des droits d'immatriculation s'ils sont en activité ou en congé d'un an (*Arrêté du 11 mars* 1898). — c) *Fils de professeurs et lauréats.* Les étudiants visés par le règlement du 27 novembre 1834, les arrêtés des 26 novembre et 2 décembre 1864, sont exonérés des droits d'immatriculation et de travaux pratiques (*Déc. min. du 1er juin* 1898). — d) *Dispense du droit d'immatriculation en faveur des boursiers.* Les boursiers des Facultés sont dispensés du droit d'immatriculation, tout en restant soumis aux droits de bibliothèque correspondants, ainsi qu'aux droits de travaux pratiques et de laboratoires, s'il y a lieu. Conformément à la règle générale, la dispense du droit d'immatriculation n'est pas attachée à la possession d'un quart de bourse et ne peut être attribuée qu'aux étudiants titulaires d'une demi-bourse au moins. Cette mesure ne s'applique qu'aux boursiers possesseurs de toutes les inscriptions réglementaires (*Circul. rect. du* 10 *décembre* 1898). — e) *Dispense du droit d'immatriculation en faveur des internes des hôpitaux.* Les internes titulaires des hôpitaux de Paris sont dispensés du paiement des droits d'immatriculation et de bibliothèque. Quant aux internes provisoires, ils demeurent soumis à la règle commune, c'est-à-dire qu'ils auront à payer les droits d'immatriculation et de bibliothèque, mais seulement lorsqu'ils demanderont soit à suivre les cours, conférences et travaux de la Faculté, soit à fréquenter la bibliothèque (*Déc. min. du 22 décembre* 1898). — f) *Elèves de la Faculté des Sciences.* Les étudiants régulièrement inscrits dans une Faculté ou Ecole de l'Université de Paris peuvent, sans acquitter de nouveaux droits d'inscription et de bibliothèque, se faire inscrire à la Faculté des Sciences en vue du certificat d'études supérieures de géographie physique. Ils sont tenus d'acquitter les droits de travaux pratiques afférents à cet examen. Les étudiants en médecine, inscrits en vue d'un certificat d'études supérieures à la Faculté des Sciences, peuvent être individuellement dispensés, par décision du doyen, de l'assiduité aux travaux pratiques, mais ils sont tenus d'acquitter intégralement les droits (*Arrêté du* 11 *mars* 1898). — *Exonérations facultatives accordées par la Faculté.* Peuvent être dispensés du droit d'inscription un dixième des étudiants astreints à ce droit de la Faculté. Chaque année, avant l'ouverture des cours, et dans les limites prévues par la loi, le Ministre de l'Instruction publique fixe, sur la proposition du conseil de l'Université, le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés du droit d'inscription. Le doyen, après avis du conseil de la Faculté, désigne, jusqu'à concurrence du nombre fixé par le Ministre, les étudiants dispensés facultativement. Les dispenses sont accordées pour une année scolaire et sont renouvelables.

Note destinée à renseigner les étrangers.

Les étrangers sont immatriculés à la Faculté de Médecine de Paris soit en vue de la recherche du diplôme de docteur en médecine, soit au titre d'étudiants libres.

I. — *Immatriculation en vue de la recherche d'un grade.*

Les étrangers immatriculés en vue de la recherche du grade de docteur en médecine se divisent en deux groupes : ceux qui recherchent le diplôme d'Etat et ceux qui recherchent le diplôme universitaire.

I. — *Diplôme d'Etat.* — Le diplôme d'Etat français de docteur en médecine confère le droit d'exercice dans toute l'étendue du territoire français. Les règles relatives à l'immatriculation en vue de ce diplôme sont les mêmes pour les étudiants de nationalité étrangère que pour les étudiants français. Ils doivent justifier des grades requis par le décret du 31 juillet 1898, accomplir la scolarité réglementaire, et subir tous les examens.

Grades. — Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique lettres-philosophie et certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Scolarité. — La durée de la scolarité réglementaire est de quatre années au cours desquelles les étudiants prennent trimestriellement seize inscriptions.

Examens. — Les examens sont subis dans l'ordre établi par le décret du 31 juillet 1893, et conformément au programme ci-après : a) Premier examen. Anatomie, moins l'anatomie topographique, épreuve pratique de dissection. b) Deuxième examen. Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique. c) Troisième examen. Première partie : médecine opératoire et anatomie topographique. Pathologie externe, accouchements. Deuxième partie : pathologie générale, parasites animaux, végétaux, microbes. Pathologie interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique. d) Quatrième examen. Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles. e) Cinquième examen. Première partie : clinique externe, clinique obstétricale. Deuxième partie : clinique interne. f) Thèse. Sur un sujet au choix du candidat.

II. — *Diplôme universitaire.* — Le diplôme de docteur en médecine de l'Université de Paris est d'ordre purement scientifique et ne vaut que comme preuve scientifique. Il ne confère aucun des droits et privilèges attachés au diplôme d'Etat et, en aucun cas, il ne peut lui être déclaré équivalent. Ce diplôme est délivré, dans les formes prévues par le décret du 21 juillet 1897 et la délibération du Conseil de l'Université de Paris en date du 28 mars 1898, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études et de subir leurs examens à la Faculté de Médecine de Paris, avec dispense du grade de bachelier. Toutes les dispenses de grades et de scolarité sont accordées à titre onéreux. Voici l'énumération des formalités à remplir et des pièces à produire pour l'obtention de ces dispenses, avec l'indication des droits à acquitter.

Demandes de dispenses. — Les étrangers gradués des Universités étrangères, qui désirent rechercher le diplôme de docteur en médecine de l'Université de Paris au moyen d'une dispense du grade de bachelier, doivent adresser une demande rédigée sur papier timbré, à M. le Ministre de l'Instruction publique. Cette demande est accompagnée : I. Des diplômes et certificats originaux, traduits en français et dûment légalisés, émanant des Universités étrangères où ils ont étudié, et toutes pièces de nature à établir la valeur et la durée de leurs études classiques. — II. Un acte de naissance ou un titre officiel en tenant lieu, accompagné d'une traduction authentique. Les demandes de dispenses et d'équivalences de grades doivent parvenir à M. le Ministre de l'Instruction publique avant le 1er novembre. Les étrangers qui justifient de certificats d'études et d'examens délivrés par les Facultés de Médecine des Universités de leur pays, peuvent obtenir de M. le Ministre de l'Instruction publique une équivalence de scolarité, ou autrement dit une dispense du temps d'études, qui se traduit par la concession d'un certain nombre d'inscriptions, variant suivant la durée et la nature des études médicales faites dans leur pays. La dispense des examens probatoires correspondants aux inscriptions concédées n'est jamais accordée. Les médecins pourvus d'un diplôme étranger authentique, qui postulent le grade de docteur en médecine de l'Université de Paris, peuvent obtenir dispense partielle ou totale des inscriptions et dispense partielle des examens exigés pour ce grade.

Droits à acquitter. — Les droits à acquitter près les Facultés des Lettres, des Sciences et de Médecine sont :

a) Faculté des Lettres. — Equivalence ou dispense du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique. .	120 fr.
b) Faculté des Sciences. — Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.	300
c) Faculté de Médecine, pour le diplôme d'Etat. — 16 inscriptions de doctorat en médecine à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque.	520
Travaux pratiques correspondant aux dites inscriptions.	240
Sept examens à 55 francs l'un.	385
Thèse.	240
d) Faculté de Médecine, pour le diplôme universitaire. —	
16 inscriptions trimestrielles à 30 francs, soit	480
16 droits trimestriels de bibliothèque à 2 fr. 50, soit. .	40
16 droits trimestriels de travaux pratiques à 15 fr., soit.	240
8 examens ou épreuves à 80 francs, soit	640

II. — *Immatriculation au titre d'étudiant libre.*

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté s'il n'est porté comme étudiant sur le registre d'immatriculation. L'immatriculation au titre d'étudiant libre a lieu sur demande accompagnée de diplômes ou certificats. Elle ne vaut que pour l'année scolaire et peut être renouvelée sur simple déclaration. Une carte, qui n'est valable que pour l'année scolaire, est délivrée à tout étudiant immatriculé. A l'immatriculation est attaché un double droit : le droit d'immatriculation proprement dit et le droit de bibliothèque.

Droit annuel d'immatriculation pour études	20
Droit annuel de bibliothèque	10

Les étudiants libres, immatriculés, peuvent être admis, sur leur demande, à participer aux divers travaux pratiques après versement d'un droit trimestriel de 50 francs correspondant à chacun des travaux pratiques. Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est également de 50 francs.

Les Travaux Pratiques sont obligatoires. — En voici l'énumération :

ANCIEN RÉGIME.

1re année. Manipulations de physique ;
— de chimie ;
Exercices d'histoire naturelle ;
Exercices et démonstrations d'histologie ;
2e — Exercices de dissection ;
— et démonstrations d'histologie ;
— — de physiologie ;
3e — Comme en seconde année (Les exercices d'histologie sont facultatifs).
4e — Exercices de médecine opératoire ;
— d'anatomie pathologique.

Les travaux pratiques de première année durent toute l'année, En deuxième et troisième années, les exercices de dissection ont lieu en hiver : l'admission à ces exercices n'est prononcée qu'après un examen satisfaisant sur l'ostéologie. Les exercices d'histologie sont annuels. (Le semestre d'hiver est consacré aux élèves de première année ; celui d'été à ceux de deuxième et de troisième années). Les démonstrations de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été.

En quatrième année, les exercices d'anatomie pathologique sont annuels ; ceux de médecine opératoire sont semestriels et commencent le 16 mars.

En pratique, les certificats d'assiduité aux travaux pratiques sont directement adressés à l'administration de la Faculté, par les chefs des travaux.

NOUVEAU RÉGIME.

1re année. Chimie biologique, dissection, physique, histologie et physiologie ;
2e — Dissection, physique et chimie biologiques, histologie, physiologie ;
3e — Anatomie pathologique, parasitologie (parasites animaux et végétaux), douze séances de chimie pathologique, médecine opératoire (ligatures et opérations), anatomie pathologique.
4e — Douze séances de chimie clinique (obligatoires) ;
Matière médicale botanique (facultatifs) ;
— — chimique —
— — pharmaceutique —
Bactériologie —
5e — Matière médicale botanique (facultatifs) ;
— — chimique —
— — pharmaceutique —
Bactériologie, etc. —

En première année, les exercices de chimie, de dissection ont lieu pendant le semestre d'hiver ; ceux de physique, d'histologie et de physiologie ont lieu en été.

En deuxième année, les exercices de dissection ont lieu pendant le semestre d'hiver : ceux de physique, de chimie, d'histologie et de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été.

Les exercices d'anatomie pathologique sont annuels pour les élèves de troisième année, ceux de pathologie et de chimie pathologique ont lieu en hiver, ceux de médecine opératoire ont lieu en été. En quatrième et cinquième années, les travaux de chimie, de matière médicale botanique, chimique et pharmaceutique, ainsi que la bactériologie ont lieu pendant toute l'année.

Règlement relatif au stage obstétrical et aux épreuves du cinquième examen de Doctorat. — Article premier : Après la seizième inscription, chaque étudiant en médecine est tenu de faire un stage dans une des cliniques obstétricales de la Faculté. 1° Les élèves pourvus de seize inscriptions et ayant subi avec succès la première partie du troisième examen seront admis à se faire inscrire, en vue du stage obstétrical, au secrétariat de la Faculté (Guichet n° 2), tous les jours de midi à 3 heures. Ils seront ensuite convoqués par lettre spéciale. Chaque série comprendra 24 élèves à la Clinique d'accouchements de la rue d'Assas, et 30 à la Clinique Baudelocque, boulevard de Port-Royal, 125. 2° Ces élèves assisteront à la visite pendant un mois. — Ils devront trois fois par semaine, par séries de garde, séjourner à la clinique, de 9 heures du matin à 10 heures du soir. 3° L'appel nominal sera fait tous les matins, dans chaque service, à 9 heures par le professeur ou par le chef de clinique. 4° Les stagiaires de garde ne pourront s'absenter dans la journée sans une autorisation spéciale du professeur ou du chef de clinique ; mais, à l'heure du repas, ces élèves auront droit à une sortie de une heure pour le déjeuner et de une heure pour le dîner. 5° Les internes des hôpitaux seront admis à faire leur stage obstétrical à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin. En s'inscrivant à la Faculté, ils devront faire connaître leur intention à ce sujet. 6° Les Elèves sages-femmes étant de garde à la clinique d'accouchements (rue d'Assas) de 10 heures du soir à 8 heures du matin, les Etudiants n'y seront pas admis pendant ce temps. La durée de ce stage est de un mois, pendant lequel l'Etudiant est obligé de pratiquer lui-même au moins deux accouchements.

Les étudiants qui auront été internes dans les services des accouchements des hôpitaux sont seuls dispensés du stage obstétrical. En consignant pour la première partie du cinquième examen, ils produiront un certificat signé de leur chef de service, accoucheur des hôpitaux.

Article 2. — La première partie du cinquième examen de Doctorat se compose : 1° D'une épreuve de clinique chirurgicale, subie dans une des cliniques chirurgicales de la Faculté ; 2° d'une épreuve de clinique obstétricale, subie dans une des cliniques obstétricales de la Faculté. Chacune de ces épreuves est éliminatoire : le candidat conserve le bénéfice de l'épreuve antérieurement subie avec succès. Les séries des épreuves de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale comprennent six candidats. Pour être admis à la deuxième de ces épreuves, le candidat justifiera de l'accomplissement du stage hospitalier établi à l'article premier, et produira, à cet effet, un certificat signé d'un des professeurs de clinique obstétricale.

Article 3. — Ces dispositions seront applicables à partir du 6 avril 1891, en ce qui concerne le stage obstétrical, et à partir du 1er juin suivant, en ce qui concerne le 5e examen de doctorat.

Tout étudiant, qui, sans motifs jugés valables par la Faculté ou Ecole, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès.

Dans tous les cas, le bénéfice des examens subis avec succès reste acquis. Le temps passé sous les drapeaux, dans l'armée active, n'est pas compté dans les délais entraînant la péremption. Une ou plusieurs inscriptions peuvent être également perdues par application de peines disciplinaires.

Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième ; la première partie du deuxième examen est subie trois mois après la dixième inscription et avant la douzième, c'est-à-dire après quatre trimestres de dissection ; la seconde partie de cet examen est subie après la douzième et avant la quatorzième inscription.

Le troisième examen ne peut être passé qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études, c'est-à-dire trois mois après la seizième inscription.

Tout candidat au 1er examen, ajourné pendant les sessions de *juillet* et de *novembre*, pourra renouveler cet examen à une session spéciale, qui sera ouverte dans la première quinzaine de janvier. Il sera admis aux travaux pratiques de 2e année, à la condition de payer le droit prescrit : 40 francs.

En cas d'échec à la session de janvier, le candidat au 1er examen est définitivement ajourné à la session de juillet suivant et ne peut prendre aucune inscription de 2e année. En cas de succès et sur la justification de sa participation effective aux travaux pratiques de 2e année, il est admis à prendre immédiatement les 5e et 6e inscriptions.

L'ajournement est de trois mois pour les autres examens, sauf en ce qui concerne l'épreuve pratique de médecine opératoire, pour laquelle l'ajournement est réduit à six semaines ; pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu ; le candidat perd le montant des droits d'examen (30 francs).

Tout candidat à un examen qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois ; il perd le montant des droits d'examen (30 francs), et le cours des inscriptions est suspendu. Les délais d'ajournement peuvent être portés à un an par le jury.

Indications nécessaires pour les examens dans les Ecoles de plein exercice. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Ecoles de plein exercice (Alger, Marseille, Nantes, Rennes) passent le premier examen probatoire, les deux parties du deuxième examen (A. R.), dans ces Ecoles, devant un jury présidé par un professeur de Faculté délégué par le Ministre.

A cet effet, deux sessions d'examens sont ouvertes dans les Ecoles de plein exercice : l'une au mois d'août, pour le premier examen probatoire et la deuxième partie du second examen ; l'autre au mois d'avril, pour la première partie du second examen. Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles de plein exercice, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de Médecine aux époques fixées par ces établissements.

Les élèves refusés au premier examen probatoire, à la session d'août dans les Ecoles de plein exercice, peuvent se présenter, pour le même examen, à la session d'octobre-novembre suivant, devant une Faculté de Médecine.

Les élèves des Ecoles de plein exercice, ajournés au 1er examen de Doctorat pendant les sessions d'août et d'octobre-novembre, peuvent renouveler cet examen à la session spéciale ouverte dans la première quinzaine de janvier au siège d'une Faculté.

Les autres dispositions relatives aux élèves des Facultés, candidats ajournés au 1er examen, sont applicables aux étudiants des

Ecoles de plein exercice. Les élèves refusés à la première ou à la deuxième partie du second examen peuvent se présenter pour la même épreuve, après un délai de trois mois, devant une Faculté de médecine. Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu. Les troisième, quatrième, cinquième examens et la thèse ancien et nouveau régime ne peuvent être subis que devant une Faculté.

NOUVEAU RÉGIME.

Premier examen.— Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen. — Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen. — 1re partie : Médecine opératoire et anatomie topographique. Pathologie externe ; accouchements. — 2e partie : Pathologie générale, parasites animaux, végétaux; microbes. Pathologie interne; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen. — Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen. — 1re partie : Clinique externe et clinique obstétricale. — 2e partie : Clinique interne.

Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième ; le troisième, entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième, après la seizième.

Indications nécessaires pour les examens dans les Ecoles préparatoires. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Ecoles préparatoires *réorganisées* (1): Angers, Caen, Reims et Rouen, passent le premier examen probatoire et la première partie du second examen (A. R.) dans ces Ecoles devant un jury présidé par un professeur de Faculté. A cet effet, deux sessions d'examens sont ouvertes dans les Ecoles préparatoires *réorganisées*, l'une au mois d'août, pour le premier examen, l'autre au mois d'avril, pour la première partie du deuxième examen.

Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles préparatoires réorganisées, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de Médecine aux époques fixées par ces établissements.

Les élèves refusés au premier examen probatoire à la session d'août dans les Ecoles préparatoires réorganisées peuvent se présenter, pour le même examen, à la session d'octobre-novembre suivante, devant une Faculté de Médecine.

Les dispositions concernant les étudiants des Facultés et des Ecoles de plein exercice, candidats ajournés au 1er examen de doctorat, sont applicables aux élèves des Ecoles réorganisées.

Les élèves des mêmes Ecoles, refusés, à la session d'avril, à la première partie du deuxième examen probatoire, peuvent se présenter pour le même examen, après un délai de trois mois, devant une Faculté. Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu.

La deuxième partie du deuxième examen est subie soit devant une Faculté, soit devant une Ecole de plein exercice.

Les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles préparatoires *non réorganisées*, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par ces établissements ; ils peuvent toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription. — Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième parties) avant la treizième inscription, et sont soumis chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Les étudiants, appartenant au nouveau régime, inscrits dans les Ecoles préparatoires réorganisées, subissent le premier et le second examen devant l'Ecole à laquelle ils appartiennent. Les étudiants inscrits dans les Ecoles de plein exercice subissent devant ces Ecoles les premier, deuxième et troisième examens.

Le jury est présidé par un Professeur de Faculté délégué par le Ministre.

Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au Ministre un rapport sur les résultats des examens. Les sessions d'examen ont lieu, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le Ministre.

Les étudiants inscrits dans les Ecoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par ces établissements. En cas d'ajournement, ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

(1) Les Ecoles préparatoires réorganisées sont celles dont l'enseignement théorique et pratique répond au programme des trois premières années d'études pour le Doctorat et au programme complet des études pour l'officiat.

Grades exigés pour le doctorat en médecine. — Programme des examens probatoires. — Jugement des épreuves. — Délais d'ajournement. (Décret du 24 juillet 1899.)

Art. 1. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre la première inscription : Soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (Lettres-Philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Soit, avec dispense du baccalauréat (Lettres-Philosophie), les quatre certificats d'études supérieures ci-après désignés, délivrés par une Faculté des sciences : Physique, Chimie, Botanique, Zoologie ou Physiologie générale ou Embryologie générale.

Art. 2. — Les examens en vue du doctorat en médecine portent sur les matières suivantes : *Premier examen* : Epreuve pratique, dissection ; épreuve orale, anatomie moins l'anatomie topographique. — *Deuxième examen* : Epreuve orale, histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique. — *Troisième examen* : Première partie : Epreuve pratique, médecine opératoire et anatomie topographique; épreuve orale, anatomie topographique, pathologie externe, accouchements. Deuxième partie : Epreuve pratique, anatomie pathologique, parasitologie, chimie pathologique, etc ; épreuve orale, pathologie générale; parasites animaux, végétaux, microbes; pathologie interne. — *Quatrième examen* : Epreuve orale, thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie avec les applications des sciences physiques et naturelles. — *Cinquième examen* : Première partie : Clinique externe, clinique obstétricale. Deuxième partie : Clinique externe. Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Art. 3. — Les épreuves pratiques sont éliminatoires. En cas d'échec à l'épreuve orale consécutive à l'épreuve pratique, le bénéfice de l'épreuve pratique reste acquis.

Art. 4. — A chaque épreuve, la durée du délai d'ajournement est de trois mois au premier échec. A chaque nouvel échec, à la même épreuve, cette durée est augmentée de trois mois. Il ne peut être accordé d'abréviation du délai d'ajournement qu'au premier échec à une épreuve. Ces dispositions ne sont pas applicables à l'épreuve pratique de médecine opératoire (1re partie du 3e examen) pour laquelle la durée du délai d'ajournement est fixée à six semaines.

Art. 5. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes : Boule blanche, *très bien* ; boule blanche-rouge, *bien* ; boule rouge, *assez bien* ; boule rouge-noire, *médiocre* ; boule noire, *mal*. Pour les examens à matière unique (1er examen, 2e partie du 3e examen, et 5e examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité *deux boules noires*. Deux rouges-noires équivalent à une boule noire. Pour les examens à matières multiples (2e examen, 1re partie du 3e examen, et 4e examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité *une boule noire* pour une des matières de l'examen. L'ajournement ne porte que sur cette matière, et, dans ce cas, il est d'une durée de six semaines.

Art. 6. — Les dispositions du présent décret seront mises à exécution à dater de la session de juillet-août 1900.

Art. 7. — Sont abrogés les dispositions de l'art. 4 du décret du 26 décembre 1875 contraires à celles du présent décret. Sont également abrogés les art. 2 et 4 du décret du 31 juillet 1893.

Art. 8. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

MUSÉES. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de Médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. Il est ouvert de 10 heures du matin à 4 heures en hiver et 5 heures en été. On y a installé un droguier à peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter. Ce musée est depuis quelque temps sans conservateur en titre, et, par conséquent, sans surveillant responsable ; ce qui est fâcheux au point de vue de son classement et de son renouvellement. Il contient un fonds de pièces un peu disparates, mais curieuses ; une collection d'anatomie topographique due aux pièces sèches du concours du prosectorat, qui renferme une série de préparations intéressantes, mais beaucoup de doubles, et qui demanderait surtout à être complétée, et enfin les belles injections de lymphatiques données par M. le Pr Sappey, ainsi que les coupes du système nerveux de MM. Sappey et Duval. C'est plutôt, on le voit, un assemblage de collections qu'un musée ; mais la plupart de ces collections sont d'un grand intérêt.

2° *Musée Dupuytren*, à l'École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Délégué dans les fonctions de *Conservateur* : M. LEGRY. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours, de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.

Ce musée, qui renferme un grand nombre de pièces très rares, est installé d'une façon insuffisante. Il n'occupe, en effet, que la moitié

du réfectoire de l'ancien couvent des Cordeliers, alors que la totalité de cette salle, malheureusement coupée en deux pour des installations qui devaient être transitoires, eût été à peine suffisante Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, déjà occupées par les laboratoires, ne peuvent d'autre part recueillir le trop-plein du musée et pourtant la richesse des pièces pathologiques qu'on peut recueillir à Paris est telle qu'on pourrait faire de ce musée un des plus grands du monde. Quels fruits les élèves, le livre à la main, en retireraient pour l'étude de tous les types pathologiques! Pour apprendre, il faut voir et comprendre, et quelque assidu qu'on soit aux autopsies dans les Cliniques, on ne peut tout voir. Les résultats obtenus par nos rivaux étrangers nous montrent la nécessité d'apporter promptement des réformes considérables dans l'aménagement intérieur et dans la disposition du Musée Dupuytren. Tel qu'il existe, il est cependant organisé de telle sorte que les pièces envoyées de tous les points du monde y soient préparées, montées et mises en vitrine dans le plus bref délai possible, avec l'indication de leur provenance et le nom des donateurs. La nécessité d'une collection de préparations histologiques, telle qu'il en existe dans la plupart des Universités étrangères, s'impose, et cette collection doit former une annexe du musée réorganisé.

M. Legry, conservateur du Musée, continuant l'œuvre de son regretté prédécesseur, le Dr Pilliet, procède à l'heure actuelle au classement de 18.000 coupes histologiques d'anatomie normale, comparée et pathologique qui, jointes aux préparations que possède déjà le Musée Dupuytren, formera un Musée histologique dont nous avons à maintes reprises réclamé la fondation. La salle, où seront réunies et classées les pièces histologiques portera, nous assure-t-on, le nom de salle Pilliet, en souvenir de son distingué fondateur, et ce ne sera que justice.

3° On est en train de créer un *Musée de Médecine opératoire et d'Appareils* dans les nouveaux bâtiments de l'Ecole pratique, au laboratoire de Médecine opératoire. C'est là une excellente idée du Pr Félix Terrier, qui a confié l'installation du musée à M. le Dr Marcel Baudouin. On y travaille activement en ce moment même et on dresse sur *fiches*, par les procédés de la classification décimale Dewey-Baudouin, le catalogue de tous les instruments, qui proviennent du Musée Orfila.

4° Le *Musée d'Instruments de Physiologie*, dû à l'initiative de M. Ch. Verdin, est désormais complètement organisé. Il se compose de deux salles, situées à l'Ecole pratique, au-dessus du laboratoire d'Hygiène. Dans la salle principale se trouvent six vitrines remplies d'instruments; l'autre est réservée aux grands appareils, par exemple le schéma de la circulation et les tables à vivisection, etc., etc. Déjà l'une des vitrines est consacrée à l'*histoire* des Instruments en Physiologie.

Bibliothèque. — La Bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 heures du matin à 6 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures 1/2 du soir. Depuis quelques années, grâce à l'insistance du *Progrès Médical*, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants, aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. Hahn; — *Bibliothécaire-adjoint* : M. Gouault. — *Sous-bibliothécaire* : M. Hahn (Lucien).

En attendant l'installation définitive de ses nouveaux bâtiments, dont la construction marche avec une trop grande lenteur, la Faculté a utilisé des locaux inoccupés et y a installé provisoirement un laboratoire de chimie, des salles d'examen, etc.

Avis a MM. les Etudiants. — Le *Doyen* reçoit MM. les Étudiants dans son cabinet, le mercredi à 10 heures 1/2, et le *Secrétaire* les mardis, jeudis et samedis, de midi à une heure et de 2 heures à 3 heures.

Laboratoires.

Laboratoires des Cours de la Faculté. — *Anatomie*: professeur, M. Farabeuf; M. Alglave, préparateur. — *Médecine opératoire*: professeur, M. Terrier; préparateur du cours et Conservateur du Musée, M. N.... — *Pathologie expérimentale et comparée:* professeur, M. Chantemesse ; chef de laboratoire, M. Lamy; préparateur : M. Millet; moniteur, M. N... — *Thérapeutique*: professeur, M. Landouzy; chef du laboratoire, M. Gilbert, agrégé; préparateur, M. Chassevant, agrégé. — *Pharmacologie et matière médicale*: professeur, M. Pouchet; chef de laboratoire, M. Brissemoret; préparateur, M. Joanin. — *Physique* : professeur, M. Gariel; préparateur, M. Langlet. — *Chimie*: professeur, M. A. Gautier ; chef des travaux de chimie biologique, M. Fiquet; préparateurs, MM. Bourcet et Eoet.—*Médecine légale pratique*: professeur, M. Brouardel ; chef des travaux, M. Descoust ; chef des travaux chimiques, M. Ogier; chef des travaux anatomo-pathologiques, M. Vibert; préparateur, M. Georges Brouardel. — *Botanique* : professeur, M. Blanchard; préparateur, M. Neveu-Lemaire. — *Pathologie générale* : professeur, M. Bouchard; directeur honoraire, M. Charrin, agrégé; chef de laboratoire, M. Desgrez; préparateur, M. Claude.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguïté des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du Budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires.

Il y a encore le *laboratoire de chimie de la Faculté*, où les élèves sont admis gratuitement; mais ils doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoires des Cliniques. — *L. de l'Hôtel-Dieu*. Il est annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté et a été ouvert le 1er janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaire, sous la direction de MM. Jolly, chef de laboratoire; Gandy, chef adjoint des travaux chimiques; Bonnier, aide-préparateur de laryngologie; Lacaille, aide-préparateur d'électrothérapie; Journeault, aide-préparateur d'anatomie pathologique. Ce laboratoire paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'Administration hospitalière. — Chefs de clinique médicale : M. Kahn, Chef de clinique chirurgicale, M. Marion, M. Cazin, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu; Hallion, chef-adj.

Laboratoire des cliniques d'accouchements. — 1re chaire : Chef de clinique, M. Schwaab; Chef du laboratoire : M. Galippe; chef adjoint du laboratoire, M. Macé. — 2e chaire: Chef de clinique, M. Paquy ; chef du laboratoire, M. Funck-Brentano.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié. — Chef de clinique : M. Banzet. Chef du laboratoire, M. Bezançon. — *Laboratoire de clinique médicale*: Chefs de clinique : MM. Gouget, titul., et Mangin-Bocquet, adj.; chefs des travaux, MM. Mangin-Bocquet et Fauquez.

Laboratoire de clinique médicale de la Charité. — Chef des travaux de bactériologie, M. Teissier; chef des travaux d'anatomie pathologique, M. Suchard; chef de clinique, M. Brodier; Chef de clinique-adjoint, M. Nobécourt. —*Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité*: Chef de laboratoire, M. Boix. Chef adjoint, M. Noé; Chef de clinique, M. Riche.

Laboratoire de clinique médicale de Saint-Antoine. — Chef des travaux d'anat. path., M. Bensaude; Chef des travaux chimiques, M. Winter ; Chef de clinique, M. Thiercelin; Chef de clinique-adj., M. Hulot. — *Laboratoire de clinique chirurgicale de Necker :* Chef de laboratoire, M. Fabre-Domergue; Chef de clinique, M. Delbet.

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Professeur, M. Raymond. — Chef de clinique, M. Cestan. — Chef honoraire du laboratoire, M. Richer; Chef du laboratoire, M. Huet. — Chef des travaux d'anatomie pathologique: M. Philippe. — Ophtalmologie : M. Parinaud. — Electrothérapie : M. N.... — Travaux chimiques et photographie: M. Londe. — Moulages : M. Hurel.

Laboratoire de clinique des maladies des enfants. — M. Grancher, professeur. — Chef du laboratoire, M. Veillon. — Préparateur, M. Auclair. — Moniteur, M. Guillemot. — Chef de clinique, M. Zuber. — Chef de clinique adjoint, M. Hallé.

Laboratoire de clinique ophtalmologique. — M. Panas, professeur. — Chef adjoint de laboratoire, M. Drault. — Chef de clinique M. Terrien. Chef de clinique-adjoint : M. Pley.

Laboratoire de clinique des maladies mentales. — M. Joffroy, professeur. — Chefs de laboratoire, MM. Serveaux et Dumas ; chef des travaux ophtalmologiques, M. Sauvineau; chef des travaux otologiques, M. Gellé. — Chef des travaux d'anatomie pathologique, M. Rabaud. — Chefs de clinique, MM. Rocques de Fursac et Manheimer.

Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Fournier, professeur. —Chef de laboratoire, M. Gastou. — Chef adjoint de laboratoire, M. Cathelineau. — Chef de clinique, M. Fournier. — Chef de clinique-adjoint, M. N...

Laboratoire de clinique des maladies des voies urinaires. — M. Guyon, professeur. — Chefs de laboratoire: M. Hallé, section de bactériologie et d'histologie ; M. Chabrié, section de chimie. — Chef de clinique: M. Michon; chef de clinique adjoint: M. Pasteau.

Droits afférents aux Etudes médicales.

1° *Droits obligatoires.*

Les droits sont de 30 fr. pour chaque inscription; soit 480 fr pour les seize.

Les droits d'examens sont fixés ainsi qu'il suit :

ANCIEN RÉGIME.

1er examen.			55 fr. (1).
2e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
3e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
4e examen.			55
5e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
Thèse			240

NOUVEAU RÉGIME

1er examen.			55 fr.
2e examen.			55
3e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
4e examen.			55
5e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
Thèse			240

Droits à percevoir au profit des Universités. (Extrait du décret du 31 juillet 1897.)

Article premier. — Le tarif des droits dont recette est faite aux budgets des Universités est fixé ainsi qu'il suit : Droits à acquitter par tous les étudiants : Droit annuel d'immatriculation d'études, 20 fr.; Droit annuel de bibliothèque, 10 fr.; Le droit d'immatriculation n'est pas dû par les étudiants assujettis au droit d'inscription.

Facultés de Médecine. — Droits à acquitter par les aspirants au doctorat pendant la période scolaire : Droit trimestriel d'inscription, 30 fr.; Droit trimestriel de travaux pratiques, 15 fr. Droits à acquitter par les étudiants admis dans les laboratoires de recherches : Droit trimestriel, 50 à 150 fr., suivant décision du conseil de la Faculté.

2° *Droits facultatifs.*

Les docteurs français et les docteurs étrangers, les étudiants étrangers et les étudiants pourvus de toutes leurs inscriptions ou dont la scolarité a été interrompue, peuvent, sur leur demande, être admis à participer aux diverses séries de travaux pratiques moyennant le versement d'un droit fixe de 40 fr. par année scolaire et par série de travaux.

Exonérations. — Les étudiants boursiers, ainsi que les étudiants, fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire et primaire, sont dispensés du paiement des droits d'inscription. Un dixième des étudiants astreints à ce droit peuvent en outre être exonérés par la Faculté.

Chaque année, avant l'ouverture de la période secondaire, le Ministre de l'Instruction publique fixe le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés. La Faculté répartit ensuite les dispenses qui sont accordées pour une année scolaire, et renouvelables.

La dispense du droit d'inscription n'entraine pas celle du droit de bibliothèque et de travaux pratiques qui sont versés trimestriellement, suivant les règles établies.

Les étudiants qui veulent solliciter la dispense du droit d'inscription doivent en faire la demande au Doyen du 15 octobre au 1er novembre ; ces demandes sont libellées sur papier timbré et accompagnées d'un état certifié par le Maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille.

Quand il s'agit d'une dispense de première année, la demande doit être en outre appuyée d'un extrait du dossier scolaire certifié par le chef ou les chefs des établissements d'enseignement secondaire où l'élève a fait ses deux dernières années d'études.

(1) Cette somme est ainsi divisée pour les cinq examens :

Droits d'examen	30 fr
Droits de certificat d'aptitude	25

Pour la thèse :

Droits d'examen	100 fr.
Droits de certificat d'aptitude	40
Droits de diplôme	100

La gratuité des inscriptions n'est concédée qu'aux étudiants français.

1° *Versement des droits afférents aux études médicales.* — Les étudiants ou leurs familles ont la faculté d'effectuer le versement des droits afférents aux études médicales à la caisse du receveur des droits universitaires (25, quai des Grands-Augustins, à Paris) ou dans les départements, aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances. Ce versement a lieu sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la Faculté (art. 1 et 4 du décret du 25 juillet 1882). Dans le cas où le versement est fait en province, il en est délivré un récépissé à talon qui doit être adressé immédiatement au secrétaire de la Faculté.

2° *Bulletins de versement pour inscriptions et consignations. Jours et heures auxquels ils sont délivrés.* — Les bulletins de versement des droits de travaux pratiques de bibliothèque et d'inscriptions sont délivrés aux dates et jours indiqués plus haut.

3° *Annulation des bulletins de versement.* — Sont annulés, les bulletins de versement dont le montant n'a pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins de versement annulés ne sont renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du doyen.

4° *Remboursement des consignations pour examens. — Motifs de la restitution des droits consignés.* — Le remboursement des consignations (intégral ou partiel) a lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, ou aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, sur la production, par l'ayant droit : 1° de la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif du versement; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la Faculté, énonçant les motifs de la restitution des droits consignés (art. 8 du décret du 25 juillet 1882, et circulaire du ministre des finances en date du 29 septembre 1882). Les ordres de remboursement sont délivrés tous les jours, au Secrétariat, de midi à 3 heures. Le remboursement des consignations est partiel ou intégral. Il est partiel dans le cas d'ajournement ou d'absence à un examen; il est intégral dans diverses circonstances (renonciation aux études, maladie, etc.). Les absences aux examens pour cause de maladie peuvent être excusées sur présentation d'un certificat médical délivré par un professeur ou agrégé de la Faculté, ou bien par un médecin ou chirurgien des hôpitaux. Le certificat médical doit être produit soit avant les examens, soit dans les 48 heures qui suivent. Les absences aux examens pour tout autre motif sont appréciées par le doyen, par la commission scolaire, ou par les jurys des examens.

Avis divers.

5° *Mise en séries des candidats aux examens.* — Les candidats inscrits pour subir leurs examens sont placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Dans le cas de consignation des droits d'un examen par la famille, l'étudiant n'est appelé à subir cet examen que sur sa déclaration écrite et consignée sur le registre ouvert à cet effet au Secrétariat de la Faculté. La mise en séries des candidats aux examens a lieu 15 jours au moins et trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer, et, enfin, pour expédier les convocations.

6° *Thèses de doctorat. — Mise en séries.* — MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse sont priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

1° Dépôt, au Secrétariat de la Faculté, du manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du président choisi par le candidat. Ce dépôt a pour but : *a*) de s'assurer si toutes les formalités ont été accomplies dans la rédaction de la thèse; *b*) de soumettre le manuscrit au visa de M. le doyen et de M. le recteur, qui donnent le permis d'imprimer. (Cette dernière formalité a lieu dans les 24 ou les 48 h.)

2° Remise, au Secrétariat de la Faculté, de l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : *a*) le nom du candidat de la thèse; *b*) la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés. — Le candidat complètera cet engagement par une note signée par lui et renfermant : *a*) le nom du président de la thèse; *b*) l'indication du sujet de la thèse; *c*) le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation. — L'engagement de l'imprimeur doit être remis au plus tard le mardi avant 5 heures. La mise en séries a lieu dans les 15 jours ou trois semaines qui suivent, de même que pour les examens.

3° Avant le tirage définitif de la thèse, envoi, au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le

titre de la thèse, les nom, prénoms, date et lieu de naissance du candidat, et, au verso, la liste des professeurs et agrégés en exercice. — Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur, s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier.

4° Quatre jours avant la soutenance, dépôt de 180 exemplaires de la thèse, à la Faculté, de 2 heures à 4 heures de l'après-midi. MM. les candidats qui n'auraient pas rempli les conditions énoncées dans les art. 1 et 2 ne seront point placés au tableau des actes. Ceux qui après avoir été placés au tableau des actes, ne rempliraient pas les conditions énoncées aux art. 3 et 4, seront considérés comme absents sans excuse, et perdront, par suite, la somme de 100 francs, montant des droits d'examen.

7° *Format des thèses.* — M. le Ministre de l'Instruction publique a décidé que, conformément à l'avis émis par les Conseils des Facultés de Médecine, l'art. 20 de l'arrêté du 20 Prairial, an XI, est abrogé. A partir de l'année scolaire 1896-97, le format des thèses de Doctorat en Médecine sera l'in-octavo.

8° *Cartes d'étudiant. Cartes d'admission aux conférences de médecine légale et à la Clinique d'accouchements.* — 1° Les cartes d'étudiant sont délivrées gratuitement au Secrétariat de la Faculté, au commencement de l'année scolaire, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations, en échange de la carte afférente à l'année précédente; 2° Les cartes d'étudiant bénévole sont délivrées tous les jours, de midi à 3 heures, sur la production de pièces (diplômes, passeports, etc.) destinées à établir l'identité du demandeur; 3° Les cartes d'admission aux conférences de médecine légale sont délivrées aux jours et heures et dans les conditions indiquées aux affiches spéciales; 4° Les cartes d'admission à la clinique d'accouchements sont délivrées, de midi à 3 heures, aux étudiants justifiant, au moins, de la 13° inscription. (En cas de perte de ces cartes, le titulaire en fait la déclaration écrite au Doyen ou au Secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata, s'il y a lieu.)

9° *Domicile de l'étudiant et de sa famille.* — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant à la Faculté, sa résidence, celle de sa famille ou de son tuteur, et, s'il survient un changement dans le domicile de l'un ou de l'autre, de faire une nouvelle déclaration. L'étudiant appelé sous les drapeaux est également tenu d'en faire la déclaration avant le 1er octobre. Toute fausse déclaration peut être punie de la perte d'une ou de plusieurs inscriptions; si l'étudiant a toutes ses inscriptions, il pourra être ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Service militaire des Etudiants.

Dispense pour continuation d'études. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, en attendant leur passage dans la réserve, les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine ou le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté.

Les jeunes gens qui n'auraient pas obtenu, avant l'âge de vingt-sept ans, les titres ou diplômes spécifiés, ceux qui ne poursuivraient pas régulièrement les études en vue desquelles la dispense a été accordée, seront tenus d'accomplir les deux années de service militaire dont ils avaient été dispensés.

Les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, inscrits dans les Facultés des Sciences comme aspirants au doctorat en médecine, bénéficient également, en vertu des dispositions de la circulaire ci-après du 20 novembre 1894, des deux dernières années de service militaire pour continuation d'études :

Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de vous informer, pour confirmer mon télégramme du 7 novembre courant, que, sur ma demande, M. le Ministre de la Guerre a décidé que les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seront admis à bénéficier de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 comme se préparant au doctorat en médecine.

Ces jeunes gens devront, à cet effet, produire un certificat modèle G, délivré par le doyen de la Faculté des Sciences ou par le directeur de l'Ecole de Médecine où cet enseignement est organisé, et portant la mention « est actuellement inscrit à la Faculté des Sciences de..... et à l'Ecole de Médecine de..... comme aspirant au doctorat en Medecine annee préparatoire d'études physiques, chimiques et naturelles) ». Si l'étudiant commence ses études, cette mention sera suivie des mots : « et que la première inscription prise le..... n'est pas périmée ». Si l'étudiant a plusieurs inscriptions, la mention sera complétée par l'indication suivante : « et que ses inscriptions prises, la premiere, le....., la deuxième, le....., etc , ne sont pas périmées. »

Je vous prie de notifier ces dispositions a MM. les doyen et directeur de la Faculté et des Ecoles de Medecine, et de leur donner toute la publicité nécessaire.

Justifications à produire. — Le règlement d'administration publique du 23 novembre 1889 détermine les justifications à produire pour obtenir la dispense des deux dernières années de service militaire.

Art. 1er. — Sont, sur leur demande (*modèle A*), envoyés ou maintenus définitivement en congé dans leurs foyers jusqu'à la date de leur passage dans la réserve, pourvu qu'ils aient une année de présence sous les drapeaux, les jeunes gens qui obtiennent ou ont obtenu un des diplômes mentionnés à l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, soit avant leur incorporation, soit pendant leur présence sous les drapeaux, soit pendant leur séjour en congé dans leurs foyers.

Les jeunes gens, qui ont obtenu avant leur comparution devant le conseil de revision les diplômes indiqués ci-dessus, doivent produire au conseil les pièces officielles constatant cette obtention.

Pour les jeunes gens présents sous les drapeaux, l'envoi en congé est prononcé par l'autorité militaire, sur le vu des diplômes ou pièces officielles. Pour les jeunes gens présents dans leurs foyers, avant leur incorporation ou qui y sont envoyés en congé, la dispense est également prononcée par l'autorité militaire, après remise des pièces justificatives au commandant du bureau de recrutement de la subdivision de région à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage au sort. Dans ces deux derniers cas, la production des pièces justificatives doit avoir lieu dans le mois qui suit l'obtention des diplômes.

Art. 12. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de licencié ès lettres ou ès sciences, de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de première classe, soit le titre d'interne des hôpitaux, nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de Médecine, doivent, pour obtenir la dispense, présenter un certificat du doyen de la Faculté ou du directeur de l'Ecole de pharmacie ou de médecine et de pharmacie à laquelle ils appartiennent, constatant qu'ils sont régulièrement inscrits sur les registres et que leurs inscriptions ne sont pas périmées (*Modèle G*).

Art. 13. — Les jeunes gens visés à l'article précédent doivent, jusqu'à l'obtention des diplômes ou titres spécifiés audit article, produire annuellement jusqu'à l'âge de vingt-six ans (1), fixé par l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889, un certificat établi par les doyens des Facultés ou par les directeurs des Ecoles dont il s'agit, constatant qu'ils continuent à être en cours régulier d'études. Ledit certificat doit être visé par le recteur de l'Académie.

Les registres d'inscription des Facultés, Ecoles supérieures de pharmacie, Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, sont tenus à la disposition de l'autorité militaire, qui peut en prendre connaissance sans déplacement.

Les étudiants en médecine et en pharmacie qui obtiennent après concours le titre d'interne des hopitaux dans une ville où il existe une Faculté de Médecine, justifient de leur situation : à Paris, par un certificat du directeur de l'Assistance publique visé par le préfet de la Seine; dans les départements, par un certificat du maire, président de la commission administrative, visé par le préfet (*Modèle G*).

Art. 35. — Les pièces justificatives que les jeunes gens doivent produire à l'appui de leurs demandes (*modèle A*), par application des dispositions des articles 12 et 13 du décret sont présentées : 1° au conseil de revision; 2° au commandant du bureau de recrutement, avant l'incorporation, si ces pièces n'ont été délivrées qu'après la comparution de l'intéressé. La dispense est prononcée, dans le premier cas, par le conseil de revision, et, dans le second cas, par l'autorité militaire, sur le vu desdites pièces justificatives.

Art. 36. — Les dispensés doivent produire, du 15 septembre au 15 octobre de chaque année, jusqu'à l'âge de 26 ans (1), au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage, le certificat prévu à l'article 12, dans le but d'établir qu'ils continuent à remplir les conditions sous lesquelles la dispense leur a été accordée.

Art. 37. — L'année de service, imposée aux jeunes gens dispensés en vertu de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, doit être uniquement consacrée a l'accomplissement de leurs obligations militaires; sous aucun prétexte, ils ne pourront être détournés de ces obligations ni recevoir des exemptions de service à l'effet de poursuivre leurs études.

Engagement volontaire avec bénéfice de l'envoi en congé. — Par application des dispositions de la loi du 11 juillet 1892, les jeunes gens âgés de dix-huit ans accomplis, qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplome de docteur en médecine, peuvent être admis à contracter l'engagement volontaire avec le bénéfice de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

Voici un extrait de la circulaire de M. le Ministre de la Guerre, en date du 21 juillet 1892, et relative à l'application de cette loi :

...Désormais, tous les jeunes gens se trouvant dans l'une des conditions indiquées a l'article 23, qu'ils soient en cours d'études ou déja diplômés,

(1) La loi du 13 juillet 1895 a reculé à vingt-sept ans l'age auquel les dispensés doivent fournir les justifications imposées.

pourront, en contractant un engagement volontaire, conserver le bénéfice de l'envoi en congé, sous la condition d'en faire la demande par écrit au moment où ils s'engagent et de produire, à l'appui de cette demande, les pièces justificatives qu'ils auraient à produire au conseil de revision après avoir tiré au sort, pour obtenir la dispense.

Les actes d'engagement devront, conformément aux prescriptions de l'article 8 du 28 septembre 1889, porter mention de ces demandes et des pièces justificatives produites qui seront annexées à la minute de l'acte.

Ils ne seront reçus qu'à partir du 1er octobre et jusqu'à la date annuellement fixée pour la mise en route de la classe.

Les jeunes gens s'engagent exclusivement pour les régiments d'infanterie, d'artillerie et de génie désignés par la circulaire de répartition pour recevoir les hommes du contingent appelés pour un an dans la subdivision où leur famille est légalement domiciliée.

Date limite de la production des diplômes ou titres exigés. — La production des diplômes ou titres en vue desquels la dispense a été accordée, doit être faite avant le 1er novembre qui suit l'accomplissement de la vingt-septième année.

Ouverture des Cours (voir à la page 367.)

Enseignement médical dans les hôpitaux.

Cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

Hôtel-Dieu. — M. le Dr CORNIL, conférences d'anatomie pathologique, jeudi 9 h. 1/2, Laboratoire, conférences de chimie clinique, samedi 9 h. 1/2, Laboratoire. — M. le Dr FERRAND, conférences de propédeutique et de thérapeutique clinique, jeudi 10 heures, Laboratoire de la salle Sainte-Anne. — M. le Dr GINGEOT, clinique médicale, jeudi 10 heures, Salles Saint-Louis et Sainte-Marie. — M. le Dr CHAMPIONNIÈRE, clinique chirurgicale, opérations abdominales, mardi à 9 heures, salle de gynécologie. — M. le Dr CHEVALIER, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours 9 h. 1/2. Consultation.

Pitié. — M. le Dr Albert ROBIN, maladies de la nutrition, lundi 9 h. 1/2, Amphithéâtre des cours. — M. le Dr FAISANS, maladies des voies respiratoires, tous les jours 9 h. 1/4, Salle Piorry. — M. le Dr André PETIT, maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi 9 heures, Salle Trousseau. — M. le Dr BABINSKI, maladies du système nerveux, samedi 10 h. 1/4. Annexe de la salle Grisolle. — M. le Dr THIBIERGE, maladies de la peau, dimanche 10 heures. Amphithéâtre des cours; consultations, mercredi, samedi 9 heures, Salle des consultations spéciales; opérations dermatologiques, mardi 9 heures, Salle Cruveilhier. — M. le Dr PICQUÉ, examen des malades nouveaux, lundi et vendredi 9 heures, au lit des malades; opérations, mardi, mercredi, samedi 9 heures, salle d'opérations.— M. le Dr LEPAGE, conférences cliniques, mercredi 10 h., service d'accouchements. — M. le Dr THIÉRY, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours 9 h. 1/2. Salle de la consultation externe.

Charité. — M. le Dr GOURAUD, conférences cliniques, tous les jours 10 heures, au lit des malades. — M. le Dr MOUTARD-MARTIN, conférences cliniques, tous les jours 9 heures, au lit des malade. — M. le Dr OULMONT, conférences cliniques, tous les jours 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr CAMPENON, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, au lit des malades; jeudi, Amphithéâtre; opérations, mardi, samedi.

Saint-Antoine. — M. le Dr BRISSAUD, maladies du système nerveux, jeudi 10 heures. Salle des conférences, en hiver.— M. le Dr BALLET, maladies du système nerveux, dimanche 10 heures, Salle des conférences, en hiver. — M. le Dr GAUCHER, maladies de la peau et syphilis, lundi, mercredi, samedi 10 heures, Salle des consultations spéciales.—M. le Dr SIREDEY, conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, vendredi 9 heures, Salles Bichat et Chomel; consultations de gynécologie, mardi, samedi 9 h. 1/2; conférences de gynécologie médicale, jeudi 10 h., à l'annexe de la salle Chomel. — M. le Dr LERMOYEZ, maladies du nez, du larynx et des oreilles, conférences techniques et de thérapeutique spéciale, mardi et samedi 9 h. 1/2; opérations, lundi et vendredi 9 h. 1/2. Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles. — M. le Dr GALLIARD, maladies du poumon et de plèvre, mardi 9 h. 1/2, Salle Nélaton. — M. le Dr GILLES DE LA TOURETTE, maladies du système nerveux, mercredi, vendredi 10 h., Laboratoire Axenfeld. — M. le Dr BÉCLÈRE, maladies des organes thoraciques, tous les jours 9 h. 1/2, salle Marjolin; radioscopie médicale, dimanche 10 heures, salle des conférences. — M. le Dr BAR, examen des malades, tous les jours 9 heures, Maternité.

Necker. — M. le Dr RENDU, leçons cliniques, jeudi 10 heures. Amphithéâtre. — M. le Dr Henri HUCHARD, clinique et thérapeutique (maladies du cœur), mardi 9 h. 1/2, Pavillons des salles Delpech et Chauffard. — M. le Dr CUFFER, conférences de microbiologie, anatomie, pathologie, urologie, lundi 9 h. 1/2, Pavillon Peter; leçons de pathologie clinique, mardi 10 h. 1/2, Pavillon Peter; leçons cliniques, tous les jours, au lit des malades. — M. le Dr BARTH, conférences cliniques, mercredi, samedi 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr ROUTIER, leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, mardi 9 heures, Amphithéâtre, à partir du 1er juin.

Cochin. — M. le Dr CHAUFFARD, conférences de clinique médicale, samedi 10 heures, Amphithéâtre du service. — M. le Dr DELPEUCH, maladies générales et diathèses, lundi, mercredi, vendredi 9 h., au lit des malades. — M. le Dr SCHWARTZ, chirurgie générale, mercredi 10 h. 1/2, Réfectoire du pavillon des hommes. — M. le Dr QUÉNU, pathologie chirurgicale, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades.

Beaujon. — M. le Dr FERNET, conférences cliniques, mardi, samedi 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr DEBOVE, conférences cliniques, lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr TROISIER, conférences cliniques, tous les jours 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr LACOMBE, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr BAZY, conférences cliniques et consultations pour les maladies des voies urinaires, lundi, jeudi, samedi 9 h. 1/2, au lit des malades; chirurgie générale, mercredi et vendredi 9 h. 1/2, au lit des malades; opérations de gynécologie, mardi, jeudi 9 h. 1/2, pavillon Dolbeau.

Lariboisière. — M. le Dr DUGUET, clinique médicale, tous les jours 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr GOUGUENHEIM, laryngologie, rhinologie, otologie, tous les jours à 9 heures. Salle de la consultation; opérations, mercredi 9 heures, Pavillon Davaine. — M. le Dr LANDRIEUX, clinique médicale, samedi à 10 h. Au lit des malades; consultation externe de gynécologie, jeudi 9 heures, Salle de gynécologie. — M. le Dr DREYFUS-BRISSAC, conférences de pathologie clinique, mardi 9 h. 1/2, Salle Maurice Raynaud. — M. le Dr TAPRET, conférences de pathologie clinique, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr DELENS, maladies des yeux, tous les jours 9 heures. Salle de l'ophtalmologie. — M. le Dr PEYROT, clinique chirurgicale, jeudi 10 heures, Grand amphithéâtre; mardi, vendredi 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr Paul REYNIER, clinique chirurgicale, samedi 10 heures, Amphithéâtre Gosselin; tous les jours à 9 h. au lit des malades. — M. le Dr TUFFIER, visite, interrogatoire des élèves, lundi, mercredi, vendredi 9 heures, au lit des malades; opérations mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, salle d'opérations; clinique, jeudi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre. — M. le Dr BONNAIRE, clinique obstétricale, tous les jours 9 heures, Maternité.

Tenon. — M. le Dr BRAULT, clinique médicale, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr BOURCY, leçons cliniques, mercredi 10 h. 1/2. Salle Lelong; tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr LEGENDRE, leçons de clinique et de thérapeutique, lundi, samedi 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr GIRAUDEAU, leçons cliniques, vendredi 9 h., Salle Gérando. — M. le Dr MÉNÉTRIER, clinique médicale, tous les jours, 10 heures, au lit des malades. — M. le Dr DUFLOCQ, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades, vendredi 10 h. 1/2, Laboratoire. — M. le Dr FÉLIZET, chirurgie infantile, tous les jours excepté le jeudi, 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr POIRIER, clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi 9 h. 1/2, au lit des malades.

Laënnec. — M. le Dr LANDOUZY, séméiotique, mardi 10 heures. Amphithéâtre; conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; leçons cliniques, jeudi 10 heures, Amphithéâtre. — M. le Dr MERKLEN, visites et conférences de séméiologie, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades; leçons cliniques, mercredi 10 h. 1/2, Amphithéâtre; conférences de bactériologie, lundi 10 h. Amphithéâtre. — M. le Dr BARIÉ, conférence de clinique et de thérapeutique, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades; séméiologie générale et maladies du cœur, mercredi 10 heures, Amphithéâtre. — M. HIRTZ, conférences cliniques, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades; conférences de thérapeutique clinique, vendredi 10 heures, Amphithéâtre. — M. le Dr RECLUS, examen des malades, leçons cliniques et opérations, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; thérapeutique chirurgicale, samedi 10 heures, Amphithéâtre. — M. le Dr FLORAND (service temporaire), examen des malades, leçons cliniques, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr Paul CLAISSE, conférences de clinique et de thérapeutique, vendredi 10 heures. Consultation.

Bichat. — M. le Dr ROQUES, conférences cliniques, tous les jours 9 heures, au lit des malades. — M. le Dr TALAMON, visite des malades, tous les jours 9 h. 1/2, Salles Louis et Bazin. — — M. le Dr TERRIER (Dr Hartmann, assistant), clinique chirurgicale, lundi, vendredi 9 heures, Salles Chassaignac et Jarjavay;

opérations abdominales, mardi, jeudi, samedi 9 heures. — M. le Dr BARBIER, conférences de séméiologie et de thérapeutique, tous les jours, 9 h. 1/2, Salle de la consultation. — M. le Dr GUILLEMAIN, exercices pratiques de clinique chirurgicale, tous les jours 9 h. 1/2, Salle de la consultation.

Andral. — M. le Dr MATHIEU, maladies des voies digestives (leçon clinique), vendredi 10 heures.

Broussais. — M. le Dr GILBERT, conférences de clinique et de thérapeutique tous les jours 10 heures, au lit des malades. — M. le Dr ŒTTINGER, conférences de clinique et de séméiologie, mardi, jeudi 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr MICHAUX, conférences de chirurgie générale et de gynécologie, mardi et samedi 10 heures, visite et opérations tous les jours à 9 heures.

Boucicaut. — M. le Dr LETULLE, conférences cliniques, tous les jours à 9 h. 1/2. — M. le Dr GÉRARD-MARCHANT, opérations, lundi, mercredi, vendredi 9 heures; leçons cliniques, mardi 10 h., visite des malades, jeudi, samedi 9 heures. — M. le Dr DOLÉRIS, affections gynécologiques (grossesse, accouchement, suites de couches) mardi, 10 heures, Maternité; exercices pratiques d'obstétrique, jeudi 10 heures, Maternité. — M. le Dr DEMOULIN, conférences, samedi 10 heures, Salle de la consultation.

Hérold. — M. le Dr LAUNOIS, conférences cliniques, jeudi 9 h. 1/2, Salle de la consultation.

Saint-Louis. — M. le Dr HALLOPEAU, dermatologie et syphiligraphie (leçons cliniques), dimanche 9 h. 1/2, Salles des conférences du musée, janvier, février, mars et avril 1899. Examen et discussion des nouveaux malades, mardi et vendredi 9 h. 1/2. — M. le Dr TENNESON, consultation externe, mardi 9 heures, 38, rue Bichat; examen des nouveaux malades, mercredi 9 h., Laboratoire Alibert, leçons de dermatologie. Avril, mai, juin; opérations dermatologiques, vendredi 9 heures, Laboratoire Alibert. — M. le Dr DU CASTEL, conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi 2 heures, Salle des conférences; traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, 9 h. 1/2, Laboratoire Cazenave; examen et discussion des nouveaux malades. Policlinique, jeudi 9 heures, Salle Cazenave. — M. le Dr DANLOS, traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi; examen et discussion des nouveaux malades (Policlinique), mercredi, samedi. — M. le Dr BALZER, conférences cliniques vendredi 1 h. 1/2, Musée. — M. le Dr RICHELOT, conférences cliniques, lundi et vendredi 9 heures. Isolement; opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi 9 heures, Isolement. — M. le Dr NÉLATON, clinique chirurgicale et opérations, mardi, jeudi, samedi 9 heures. — M. le Dr RICARD, conférences et opérations, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr LEGUEU, conférences de clinique et de thérapeutique chirurgicales, tous les jours, 10 heures, Salle de la consultation.

Ricord. — M. le Dr Alexandre RENAULT, affections vénériennes et cutanées, mercredi, 2 heures, Salle des cours. Maladies de la peau (Policlinique), lundi 9 heures, Salle des cours. Maladies des voies urinaires (Policlinique), mardi 8 h. 1/2, Salle d'opérations. — M. le Dr QUEYRAT, maladies de la peau (Policlinique), lundi 9 heures, Salle des cours; maladies des voies urinaires (Policlinique), mardi 8 h. 1/2, Salle d'opérations; maladies vénériennes; conférences cliniques, vendredi 10 h., Salle des cours; consultation externe, mercredi et samedi 9 heures, Salle de la consultation; examen des nouveaux malades (conférence clinique), jeudi et dimanche 9 heures, Salle d'opérations.

Broca. — M. le Dr de BEURMANN, leçons sur les affections cutanées et syphilitiques, mardi 10 heures, Salle Goupil, à partir d'avril. — M. le Dr BROCQ, petite chirurgie dermatologique, mardi 8 heures, Salle Vidal; examen clinique des malades atteintes d'affections vénériennes, jeudi, samedi 8 heures, au lit des malades; conférences sur le traitement des maladies de la peau, lundi, mercredi, vendredi 8 heures, Salle de la consultation. — M. le Dr POZZI, opérations, lundi, mercredi 10 heures, Amphithéâtre du service; clinique gynécologique, lundi, mercredi, vendredi 10 h., Amphithéâtre du service; démonstrations histologiques, samedi 9 heures, Amphithéâtre du service.

Enfants-Malades. — M. le Dr DESCROIZILLES, maladies infantiles, samedi 9 heures, Salle de consultation; mercredi 9 h. 1/2, Amphithéâtre ou salle Blache. — M. le Dr D'HEILLY, leçons cliniques, mardi, au lit des malades. — M. le Dr MOIZARD, leçons cliniques, mercredi, samedi, au lit des malades. — M. le Dr SEVESTRE, leçons cliniques sur la diphtérie, mardi, jeudi, samedi, Salle des conférences du service. — M. le Dr COMBY, leçon de thérapeutique clinique, mardi 9 heures, Salle de consultation; leçons cliniques, mercredi 9 heures, Salle de Chaumont. — M. le Dr LANNELONGUE (Dr Villemin, assistant), conférences cliniques, mercredi, vendredi 9 h. 1/2, au lit des malades; conférences faites par le Dr Lannelongue; samedi 10 h. 1/2, Amphithéâtre, conférences faites par le Dr Villemin. — M. le Dr BRUN, chirurgie infantile et orthopédie, tous les jours 9 h., au lit des malades.

Trousseau. — M. le Dr JOSIAS, clinique infantile, mardi, vendredi 9 heures. Salles Blache et Barrier. — M. le Dr NETTER, clinique infantile, mercredi, samedi 9 h. 1/2, Salles Bouvier et Archambault. — M. le Dr VARIOT, clinique infantile, tous les jours (excepté le vendredi), de 10 à 11 heures, Salle Lugol. — M. le Dr RICHARDIÈRE, clinique infantile (dipthérie), tous les jours 10 heures, Pavillon Bretonneau. Leçons cliniques le samedi. — M. le Dr KIRMISSON, chirurgie infantile, mardi et samedi 10 h., Salle d'opérations. — M. le Dr BROCA, chirurgie infantile, mardi et samedi 9 heures. Salle de consultation.

Salpêtrière. — M. le Dr DÉJERINE, maladies du système nerveux, mercredi 9 h. 1/4, jeudi 5 heures, Salle de la consultation externe; le cours commencera en avril. Consultation externe, policlinique nerveuse, mercredi 9 h. 1/2, Salle de la consultation externe. — M. le Dr SEGOND, clinique gynécologique, lundi 10 h. 1/2; opérations, samedi 10 h. 1/2. — M. le Dr J. VOISIN, maladies mentales, jeudi 10 heures, Section Esquirol, de février en mai. — M. le Dr CHARPENTIER, maladies mentales, mercredi 11 heures, Section Pinel (à partir du mois de mai). — M. le Dr DENY, maladies mentales, jeudi 10 heures, Section Rambuteau (à partir du mois de mai).

La Rochefoucauld. — M. le Dr DARIER, maladies de la peau — conférences théoriques et pratiques, lundi, mercredi, vendredi 9 heures, Salle de la consultation externe.

Sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste.

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, deux sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvriront à la Faculté de Médecine de Paris pendant l'année scolaire 1899-1900; savoir : la première, le 6 novembre 1899; la deuxième, le 28 mai 1900.

I. *Conditions d'admission.* — Sont seuls admis à se présenter à ces sessions : 1° Pour les trois examens, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893; 2° pour les deux derniers examens, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889; 3° pour le deuxième examen, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893.

II. *Pièces à produire.* Les candidats produiront les pièces suivantes : Un extrait de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce; un extrait de leur casier judicaire; et, suivant le cas : un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889; un certificat constatant qu'ils sont français; le diplôme qu'ils ont obtenu devant une école d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893; à ces pièces, les candidats élèves des écoles dentaires visés au paragraphe 1er de cette affiche devront joindre : 1° soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures, dans les conditions prescrites par les circulaires des 3 mai et 27 novembre 1895; 2° un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des écoles dentaires, des études complètes et régulières. A ce certificat sera joint un extrait des registres de l'école indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc.; 3° un certificat individuel délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.

III. *Consignations.* — Les consignations seront reçues, au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées, savoir : 1° première session : 1er examen, les 23 et 24 octobre 1899; 2e examen, les 20 et 21 novembre 1899; 3e examen, les 18 et 19 décembre 1899. 2° Deuxième session : 1er examen, les 14 et 15 mai 1900; 2e examen, le 5 juin 1900; 3° examen, les 25 et 26 juin 1900.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 4 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude, et 100 fr. pour le diplôme). Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

IV. *Date des examens.* — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir : 1° première session : 1er examen, du 6 au 18 novembre 1899; 2e examen, du 4 au 16 décembre 1899; 3e examen, du 8 au 20 janvier 1900. 2° deuxième session : 1er examen, du 28 mai au 2 juin 1900; 2e examen, du 18 au 23 juin 1900; 3e examen, du 9 au 21 juillet 1900.

HOPITAUX

L'Administration générale de l'Assistance publique est située Avenue Victoria, n° 3, et quai de Gesvres, n° 4. — Directeur, M. le Dr Napias. — Secrétaire général, M. Derouin. — Chef du Bureau du Personnel, M. Marot ; Chef du Bureau du Service de santé : M. Lejars.

Hôpital Andral, 35, rue des Tournelles : 100 lits (Hommes, 66 lits ; Femmes, 34 lits). — *Médecin* : M. Mathieu. — Consultations pour les maladies de l'estomac et de la digestion le mercredi. — Consultations de médecine : tous les jours à 9 heures. M. le Dr Lévi (Léopold), assistant ; M. le Dr Lantzenberg, suppléant. — Pharmacien : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de Trousseau. — Dentiste : M. le Dr Rousseau.

Hôpital Beaujon, faubourg Saint-Honoré, 208 : 554 lits. — *Médecins* : M. Fernet. Salles Barth (H.) et Gubler (F.). Visite à 9 h. — M. Debove. Salles Béhier (F.) et Sandras (H.). Legroux (H.) Visite à 8 h. — M. Troisier. Salles Monneret (H.) et Vulpian (F.). Visite à 8 h. 1/2. — M. Lacombe. Salles Louis (H.) et Axenfeld (F.) Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. N... Salles Blandin (H.), Marjolin (H.) et Laugier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Opérations le mardi. Salle Verneuil. Chroniques, chirurgie, Femmes. — M. Bazy. Salles Gosselin (H.), Robert (H.) et Huguier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Opérations le mercredi. — M. B. Anger. Salles Malgaigne (H.), Ambroise Paré (H.), Jarjavay (F.). Visite à 8 h. 1/2. — *Accoucheur* : M. Ribemont-Dessaignes. Visite 9 h. 1/2. Maternité. Consultations tous les jours à 10 heures. — *Pharmacien* : M. Léger. — *Dentiste* : M. le Dr Aguilhon de Sarran. Consultations externes les mercredi et samedi, à 9 heures.

Tous les jours, consultations externes. *Médecine*. M. le Dr Lion, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Hulot, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Lyot, chir. des hôp. M. le Dr Ravanier, suppléant. Entrée des malades de 8 h. à 9 h.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Elle est placée dans un local attenant aux chambres des internes ; elle ne contenait guère que 500 volumes en 1878 ; elle en renferme maintenant plus de 3.000 grâce aux legs Gubler et Marjolin, à une subvention de 400 fr. accordée chaque année par le Conseil municipal et aux cotisations mensuelles des internes (1).

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre. — 1.770 lits réglementaires pour les *vieillards et infirmes*, population réelle 1.937 ; 1.244 lits pour les *aliénés* et les *épileptiques* ; population réelle 1.314. Dans ce dernier chiffre, sont compris 417 enfants épileptiques ou arriérés et 42 épileptiques simples. — Infirmerie de l'hospice. *Médecin* : M. Marie. — *Chirurgien* : M. Potherat. — Nous avons insisté pour que l'Administration affectât quelques lits à l'infirmerie en médecine et en chirurgie pour des malades du dehors ; ceci a été fait : 49 lits (26 en chirurgie et 23 en médecine).

Les *consultations* ont lieu pour la chirurgie les lundi, mercredi, vendredi, et pour la médecine les mardi, jeudi et samedi. — *Division des aliénés* : 1re section, M. Féré. — 2e section, M. Chaslin. — 3e section, M. Séglas. — 4e section, M. Bourneville. — Médecin suppléant : M. Nageotte. — A Bicêtre, il n'y a pas d'externes ; il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis plusieurs années, par suite de la nomination d'un nombre plus considérable d'internes provisoires, on n'a pas eu besoin de recourir aux externes, ni même à de simples étudiants en médecine, pour remplir dans cet hospice les fonctions d'interne. Néanmoins, les internes titulaires ou provisoires ne vont pas volontiers à Bicêtre ; cela tient à ce que le grand éloignement n'est nullement compensé par les avantages matériels que l'on devrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été agrandis ; c'est là un palliatif insuffisant. La seule chose à faire serait de construire un pavillon spécial. Un projet est à l'étude depuis longtemps ; il est très désirable que M. Napias en fasse hâter le vote et l'exécution. — *Médecin dentiste* : Dr Bouvet. — *Pharmacien* : M. Berthoud.

Fondation Vallée. — Cette fondation qui appartient au *département* de la Seine, consacrée aux petites *filles idiotes* et *arriérées*, doit être le point de départ d'un asile de trois à quatre cents lits. Elle est administrée *provisoirement* par l'hospice de Bicêtre. Sa population actuelle est de 200 enfants.

Les internes ont une indemnité de 25 fr. par mois pour frais de déplacement (2).

(1) Les chiffres que nous donnons pour les *Bibliothèques médicales* sont approximatifs, car l'Administration n'en fait pas établir chaque année un *inventaire*, comme cela devrait être.

(2) Il est à remarquer que les externes des hôpitaux dits excentriques touchent comme indemnité de déplacement 30 fr. et même 50 fr., par exemple à Tenon. Ne serait-il pas juste qu'il y eût des indemnités égales pour des distances égales, qu'on soit médecin, chirurgien, interne ou externe ?

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1865, enrichie du legs Burlaud, alimentée par les cotisations des internes, et surtout par les subventions du Conseil municipal (1877-1898), elle compte aujourd'hui plus de 3 500 volumes (1). Cette bibliothèque, déjà fort importante, rend des services considérables aux internes, mais elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes. — Les internes de l'hospice ont encore un autre avantage : un sur trois des corps non réclamés reste à l'amphithéâtre et peut servir à la dissection ou à la médecine opératoire.

Ecole municipale d'Infirmiers et d'Infirmières. — Cette école, fondée au mois de mai 1878, comprend une *école primaire* et une *école professionnelle*. — *Cours théoriques* : *Administration*, M. Pinon, directeur de l'hospice ; — *Anatomie élémentaire et physiologie*, M. Bonnaire ; — *Pansements et petite chirurgie*, M. Noir ; — *Hygiène*, M. Sollier ; — *Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés*, M. le Dr H. de Rothschild ; — *Petite pharmacie*, M. le Dr Cornet.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 188 lits. — *Médecins* : M. Talamon. Salles Bazin (H.) et Louis (F.). — M. Roques. Salles Andral (H. et Récamier (F.). — *Chirurgien* : M. Terrier. Assistant, M. le Dr Hartmann. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.). Grandes opérations (chirurgie abdominale), les mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2. Pharmacien : M. Guerbet. — Dentiste : M. le Dr Rousseau.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés, à 9 heures du matin. *Médecine* : M. le Dr Barbier, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Dufournier, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Guillemain (C.-H.), assistant ; M. le Dr Baraduc, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, alimentée par une subvention annuelle du Conseil municipal, de 400 fr. et par les cotisations mensuelles (2 fr.) des Internes, contient environ 400 volumes.

Hôpital Boucicaut, rue de la Convention. — *Médecin* : M. le Dr Letulle. — *Chirurgien* : M. le Dr Gérard-Marchant (A.-H.). — *Accoucheur* : M. le Dr Doléris.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures : M. le Dr de Gennes, médecin des hôpitaux. M. le Dr Critzmann, suppléant. — M. le Dr Demoulin, chirurgien des hôpitaux. M. le Dr Collinet, suppléant.

Hôpital Broca, n° 111, rue Broca : 300 lits, savoir : 222 de médecine, syphilitiques 178 et dermatologie 44 ; chirurgie 66 lits et 8 berceaux. — M. Brocq : Salles Cullerier et Natalis Guillot (vénériennes), 82 lits. Salle Vidal (Dermatologie), 22 lits. — M. de Beurmann. Salles Astruc, Bouley et Van Swieten (vénériennes), 96 lits. Salles Bouley et Fracastor (dermatologie), 22 lits. — *Chirurgien* (Gynécologie) : M. Pozzi. Assistant : M. le Dr Jayle. Salles Alph. Guérin, Broca, Huguier et Récamier. La salle Récamier contient 8 lits pour accouchements de vénériennes et 8 berceaux. — Opérations mardi, jeudi, samedi à 10 heures ; démonstrations d'histologie pathologique (gynécologie) le samedi à 10 heures, par le Dr Latteux ; leçons les lundi, mercredi et vendredi à 10 heures. — Pharmacien : M. François. — Dentiste : M. le Dr Bruneau.

Consultations pour les maladies vénériennes. — Tous les jours à 9 heures ; Dr Brocq, les lundis, mercredis et vendredis ; Dr de Beurmann, les mardis, jeudis et samedis.

Consultations de dermatologie. — Dr Brocq, les lundis, mercredis et vendredis à 8 heures. — Conférence de dermatologie tous les mercredis, à 8 h. 1/2. — Dr de Beurmann, les jeudis et samedis, à 10 heures.

Consultations de gynécologie. — Tous les jours à 9 heures du matin à l'annexe Pascal à l'angle de la rue Pascal et de la rue Corvisart, par M. Pozzi et son assistant.

Consultations de chirurgie générale. — Tous les jours à 9 h. entrée à l'angle des rues Pascal et Corvisart. — M. le Dr Beaussenat.

Bibliothèques des Internes en médecine et en pharmacie. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque des internes en médecine et une somme de 300 fr. pour celle des internes en pharmacie. Depuis, il a voté tous les ans les mêmes sommes.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot. — L'hôpital Broussais comprend 264 lits et est pourvu de trois services, dont deux de médecine ayant chacun 100 lits et un de chirurgie de 64 lits (30 pour les hommes et 34 pour les femmes). Parmi les 200 lits de médecine, 80 sont réservés aux maladies chroniques (40 pour les hommes,

(1) La subvention municipale annuelle est de 600 francs

40 pour les femmes) et 120 aux maladies aiguës. Le service est fait par deux médecins titulaires, assistés chacun d'un interne; et par un chirurgien, assisté de deux internes. — *Médecins* : M. GILBERT. Salles Lasègue et Parrot (H.), Cazalis et Gubler (F.). — M. ŒTTINGER. Salles Delpech et Hillairet (H.), Archambault et Axenfeld (F.). *Chirurgien* : M. MICHAUX. Salles Follin (H.) et Broca (F.). La pharmacie de l'hôpital est confiée à l'un des internes en pharmacie, sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Necker. Chaque service de médecine (hommes) comporte 20 lits de maladies chroniques et 32 lits pour maladies aiguës; et, pour les femmes, 20 lits de chroniques et 28 lits pour maladies aiguës. — *Dentiste* : M. le Dr ROY.

Consultation de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 9 heures du matin. — *Médecine* : M. le Dr WURTZ, médecin des hôpitaux; M. le Dr Louis FOURNIER, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr BOUGLÉ, chir. des hôp.; M. le Dr MAYET, supp.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ, 47, rue Jacob, 650 lits. — *Clinique médicale*: M. le Pr POTAIN; Chef de clinique, M. le Dr L. BRODIER. Visite à 8 h. 1/2. Salles Bouillaud (H.) et Piorry (F.). Examen au spéculum les jeudi et vendredi à 10 h. Leçons au lit du malade les lundi, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2. Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2. Leçons au grand amphithéâtre avec présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis, à 9 h. 1/2. Autopsies pratiquées devant les élèves, au grand amphithéâtre. — *Clinique chirurgicale.* Professeur, M. TILLAUX. Chef de clinique, M. le Dr RICHE. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredi et vendredi, à 9 h. Visite des malades à 10 h. Salles Velpeau et Trélat (H.), Gosselin (F.). *Chirurgien* : M. CAMPENON. Salles J.-L. Petit (F.) et Boyer (H.) Visite des malades à 9 heures. Le mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations. Le samedi, examen à l'ophtalmoscope. Examen au spéculum le jeudi. — *Médecins* : M. GOURAUD. Salles Beau (F. et crèche de 14 lits et Vulpian (H.). Visite à 8 heures et demie. — M. BOUCHARD. Salles Cruveilhier (F.) et Corvisart (H). Visite des malades à 9 heures. — M. LABADIE-LAGRAVE. Salles Briquet F.) et Rayer (H.). Visite des malades à 8 h. — M. OULMONT. Salles Frère Côme (F.), et Laënnec (H.). Visite à 9 h. 1/2. — M. MOUTARD-MARTIN. Salles Andral (F.) et Louis (H.). Visite à 9 h. — *Accoucheur* : M. le Dr MAYGRIER. Service spécial d'accouchements. Tous les matins à 9 h. Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital. Enseignement clinique les mardi, jeudi et samedi. Consultation pour les femmes enceintes tous les jours. — Pharmacien : M. GUINOCHET. — Dentiste : M. le Dr CRUET. Consultations externes, les mardis et samedis à 9 heures. — *Service d'électrothérapie* : M. le Dr REGNIER.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr SOUQUET (M.-H.); M. le Dr L. MAGDELAINE, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr LAUNAY, chir. des hôp.; M. le Dr SAVARIAUD, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée par le Dr Passant, a été transférée dans un vaste local convenablement aménagé. Elle a reçu des dons importants provenant des bibliothèques du regretté Clozel de Boyer, du professeur Bouillaud et de M. Farcy. Les internes en médecine donnent tous les journaux et thèses qu'ils reçoivent et pourvoient aux frais d'entretien en s'imposant une cotisation mensuelle. Elle reçoit 400 fr. chaque année du Conseil municipal.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS TARNIER, rue d'Assas, 89 : 178 lits (femmes enceintes, 60; accouchées, 62; berceaux, 62). — *Accouchements* : M. le professeur BUDIN; Chef de clinique, M. SCHWAB. — Leçons : mardi et samedi, 9 heures, à l'issue de la visite. Les étudiants peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par le professeur ou la Faculté. Actuellement, outre les stagiaires, les docteurs français et étrangers et les élèves désireux de s'inscrire pour suivre assidûment le service sont certains d'en obtenir l'autorisation à condition de satisfaire à certaines mesures de contrôle. Ce contrôle, indispensable à la surveillance et à la sécurité hygiénique de l'établissement, consiste dans le port de la carte déjà mentionnée. Ces conditions remplies, les élèves du service de la Faculté examinent, à tour de rôle, les femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées, sous la direction du professeur ou du chef de clinique. Ils sont organisés en séries pour la pratique des accouchements et dirigés par des moniteurs. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous dans le cas d'intervention opératoire. Le jeudi, consultation à 9 heures, pour les femmes atteintes d'affections gynécologiques consécutives à l'état puerpéral. Le vendredi, à 9 heures, consultation pour les nourrissons. On sait quels grands services rendent ces consultations dont la première a été créée en 1892, par M. Budin; on y dirige l'alimentation et l'hygiène des enfants après leur sortie du service. Pharmacien : M. COUSIN. — Dentiste : M. le Dr MOIROUD. — Sage-femme en chef : Mlle HANICOT; 3 aides sages-femmes.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE, 125, boulevard Port-Royal : 180 lits (dont 14 lits de gynécologie et 71 berceaux). — M. PINARD, professeur. Chef de clinique, M. PAQUY. L'ancien pavillon Tarnier fait dorénavant partie de la nouvelle Clinique d'accouchements, dite Maison d'accouchements Baudelocque. Ce nouveau service, qui a son entrée boulevard de Port-Royal, 125, est absolument indépendant de la Maternité. — Sage-femme en chef : Mlle ROZE; 5 aides sages-femmes. — Pharmacien : M. LAFONT, pharmacien de la Maternité. — Dentiste : M. le Dr MOIROUD.

HÔPITAL COCHIN, 47, faubourg Saint-Jacques : 472 lits (dont 60 lits de gynécologie et 40 lits de réserve de chirurgie (H.). — *Médecins* : M. DELPEUCH, 80 lits. Salles Lasègue (H.) et Trousseau (H.), 60 lits, plus une salle de 20 lits (F.) dans une baraque. Visite à 9 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. CHAUFFARD, 125 lits. Salles Chauffard, Woillez et Beau, 78 lits (H.). Salles Briquet et Blache, 47 lits (F.). Visite à 9 h. 1/2. Spéculum le jeudi. Un laboratoire de bactériologie parfaitement aménagé, et un amphithéâtre de cours particulier sont annexés au service. — *Chirurgiens* : M. le Dr SCHWARTZ. 76 lits. Salles Demarquay et Gosselin, 34 lits (H.); chambres d'isolement, 7 lits (H.). Salles Richet et Sédillot, 30 lits (F.); chambres d'isolement, 5 lits (F.). Visite à 9 h. Leçons cliniques au lit des malades et conférences de pathologie chirurgicale. — M. le Dr QUÉNU. 91 lits. Salles Cochin et Boyer, 51 lits (H.). Pavillon Pasteur, 40 lits (F.). Service temporaire de chirurgie (réserve), 40 lits (hommes), salles Viel et Antheaume. Visite à 9 h. Conférences cliniques tous les jours au lit des malades, plus un service de réserve chirurgie (H). 40 lits.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr LESAGE, médecin des hôpitaux; M. le Dr André THOMAS, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr RIEFFEL, chirurgien des hôpitaux; M. le Dr RICHE, suppléant.

Gynécologie chirurgicale : M. le Dr BOUILLY, pavillon Velpeau, 60 lits. Deux internes. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu à 8 h. 1/2. Les consultations et admissions pour le service de gynécologie ont lieu les lundi, mercredi et vendredi. — *Traitement des maladies des dents* : M. le Dr MOIROUD, dentiste. Consultation, traitement et extraction, le vendredi de chaque semaine, à 9 heures du matin, pour le public; pour les malades à la demande de MM. les Chefs de service.

Pharmacien : M. GRIMBERT. Un laboratoire de chimie est annexé à la pharmacie.

La *Bibliothèque des Internes en médecine* a été fondée en 1877. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 fr. et compte aujourd'hui 600 volumes. *La bibliothèque des internes en pharmacie* a été fondée en 1886 après la laïcisation. Elle reçoit annuellement une subvention de 300 fr. et compte déjà plus de 1.000 volumes.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES, 149, rue de Sèvres : 651 lits. — Depuis le 1er janvier 1884, la chaire de clinique des maladies des Enfants est transférée de l'hospice des Enfants-Assistés à l'hôpital des Enfants-Malades. M. le professeur Parrot a été remplacé par M. le professeur GRANCHER en février 1885. — M. GRANCHER (ou le chargé de cours, M. MARFAN) fait des leçons cliniques le mardi et le samedi, à 4 heures, à partir du mois de novembre. Consultations spéciales dans le service : le mercredi, maladies de la peau, par M. le Dr JACQUET, médecin des hôpitaux; le vendredi, maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par le Dr CUVILLIER; le jeudi, électrothérapie par M. LARAT. Ce service est à voir à cause d'essais récents curieux. — Une amélioration importante a été apportée en l'année 1884, dans la répartition des services de médecine. Jusque-là, quelques médecins avaient des salles exclusivement consacrées au traitement des maladies aiguës; d'autres, moins bien partagés, n'avaient que des salles de chroniques. La translation de la chaire de clinique à l'hôpital des Enfants a amené une nouvelle distribution des services. Chaque médecin (ils sont au nombre de six, y compris le professeur de clinique) a un service d'aigus. — M. le Pr GRANCHER a un service de chroniques filles. — M. le Dr DESCROIZILLES n'a plus de service de teigneux garçons; ceux-ci ont été transférés à l'hôpital Saint-Louis en juillet 1897. — M. le Dr D'HEILLY a un service de teigneux filles. Les autres médecins n'ont pas de service de chroniques. Les deux salles de chroniques Molland G. et Bilgrain F. appartiennent à M. le Dr BRUN depuis le 1er janvier 1894, et forment un service de *chirurgie chronique*. Chacun d'eux fait dans la semaine une leçon clinique à l'amphithéâtre. — *Médecins* : M. GRANCHER, professeur. Chef de clinique, M. le Dr ZUBER; chef de clinique adjoint, M. HALLÉ. Consultation le lundi. Visite à 9 heures. Salles Bouchut (G. aigus), Parrot (F. aiguës), Husson (Crèche de 8 lits et F. chroniques). Le laboratoire dépendant de la chaire de clinique des maladies des Enfants est installé au 2e étage du bâtiment de l'horloge. — M. DESCROIZILLES. Consultation le samedi (conférences cliniques). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre et à la salle Blache, le mercredi

à 10 heures. Salles Blache (G. aigus). — M. COMBY. Consultation le mardi. Visite à 8 heures 1/2. Cours de thérapeutique clinique le mercredi à 9 heures, salle de Chaumont (F. aiguës). — M. le Dr MOIZARD. Leçons cliniques le mercredi et le samedi au lit des malades. Consultation le vendredi. — M. D'HEILLY. Consultation le jeudi. Visite à 9 h. Salles Gillette, (F. aiguës) leçons cliniques, le mardi au lit des malades. Salle Bazin (teigneuses F.). Conférences cliniques le mardi à 10 heures.

Pavillons d'isolement.— Les deux pavillons (pavillon Trousseau) inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun 14 lits (il a été ajouté en 1895 deux annexes comprenant chacune 5 lits d'isolement) et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Le service est fait par M. le Dr SEVESTRE. Ils sont assez bien aménagés. Les internes y font peu de trachéotomies actuellement et de nombreux tubages. Au commencement de l'année, un moniteur de trachéotomie (un ancien interne de l'hôpital) guide les internes pendant un mois, comme à Trousseau. — Le service spécial des rubéoliques n'est pas dans un pavillon spécial, mais bien comme la scarlatine dans une salle ordinaire, au 2e étage d'un pavillon (pavillon Guersant), récemment fondé, ouvert le 1er janvier 1886, est fait de la même façon par les médecins de l'hôpital. — On y avait construit jadis un pavillon (système André) de 24 lits pour le traitement des scarlatineux ; mais ce pavillon n'existe plus ; il a été transporté à Aubervilliers. Le service de la scarlatine est dans une salle ordinaire au 2e étage d'un pavillon. — Installation d'un service de crèche de 16 lits dans les dépendances de l'ancienne communauté, pour les enfants d'un an et au-dessous. Le service de la rougeole, de la scarlatine et de la crèche est fait à tour de rôle par chacun des médecins de l'établissement et pendant un an, depuis le 1er janvier 1895. Un service de douteux, contenant 18 chambres d'isolement, a été ouvert le 1er janvier 1896; chef, M. le Dr MOIZARD.

Chirurgiens : M. le Pr LANNELONGUE. M. le Dr VILLEMIN, chirurgien des hôpitaux, assistant. — Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundis, mardis, jeudis, samedis. Les consultations pour les maladies des yeux les mardis, jeudis, samedis. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le jeudi, à 9 h. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le samedi, consultation d'orthopédie. Salles Giraldès, Bouvier (F.), salle Baudelocque (F. maladies des yeux), Baffos (G. maladies des yeux). M. BRUN, salle Molland (G chroniques), Billegrain (F. choniques). Visite à 9 heures. Consultations de chirurgie les mercredis et vendredis à 10 heures. — Pharmacien : M. SONNIÉ-MORET. — Dentiste : M. le Dr GALIPPE. Consultations externes le lundi et vendredi à 9 heures.

Bibliothèque.—Elle possède actuellement 1.600 volumes environ, M. le Dr Ollivier ayant légué sa bibliothèque médicale à l'hôpital. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal.

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS, 74, rue Denfert-Rochereau : 792 lits.— *Médecin:* M. HUTINEL. Salles Archambault et Valleix. Pavillon Pasteur destiné aux enfants de la consultation. Visite tous les jours de 8 h. 1/2 à 10 h. du matin. — *Chirurgien:* M. JALAGUIER. Salles Giraldès et Bouvier. — *Consultations pour les maladies de l'enfance.* Des consultations gratuites pour les maladies des enfants sont établies à l'hospice des Enfants Assistés. Ces consultations ont lieu régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin, le lundi, le mercredi et le vendredi, pour la médecine, et le mardi, le jeudi et le samedi, pour la chirurgie et l'orthopédie. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° 76. — Un pavillon contenant 16 lits a été annexé à la Consultation. On y reçoit les enfants dont l'état nécessite des opérations, qui ne peuvent pas être pratiquées à la Consultation. Il existe à l'hospice des pavillons spéciaux d'isolement pour les maladies contagieuses. — Pharmacien : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de la Clinique, est chargé de la pharmacie. — Dentiste : M. le Dr THOMAS. Consultations pour les maladies de la bouche et des dents le lundi et le vendredi, à 9 heures.

Annexe de l'Hospice des Enfants Assistés, à Thiais. — Le service médical est confié à un médecin de Choisy-le-Roi, M. DELAMARRE.

Une autre *annexe* a été installée à Châtillon-sous-Bagneux (Seine). Cet établissement est destiné à recevoir les enfants athreptiques et syphilitiques, qui ne peuvent pas être envoyés à la campagne. — Médecin : M. le Dr BARBILLION.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée il y a quelques années, possède actuellement environ 200 volumes. Elle a reçu à titre de premier don du Conseil municipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat.* Une somme de 200 fr. est allouée chaque année par l'Administration de l'Assistance publique pour l'entretien de cette bibliothèque. Un certain nombre d'ouvrages reçus sont dus à la libéralité de leurs auteurs.

HÔTEL-DIEU, Parvis Notre-Dame : 563 lits. — *Médecins* : M. DIEULAFOY. Salles Saint-Christophe (H.), Sainte-Jeanne (F.). Visite à 9 h. 1/2 ; — M. PROUST. Visite à 9 heures, salles Saint-Charles (H. et Ste-Madeleine (F.). — M. AUD'HOUI. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Augustin (H.), et Ste-Monique (F.). — M. CORNIL. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Denis (H.) et Ste-Martine (F.). — M. N... Visite à 9 h. Salles St-Louis (H). et Ste-Marie (F.). — M. FERRAND. Visite à 9 heures. Salles St-Thomas (H.) et Ste-Anne (F.). — *Chirurgiens*: M. DUPLAY Salles St-Jean F. (gynécologie), Saint-Landry (H.) et Notre-Dame (F.). — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Visite à 8 h 1/2. Salles Ste-Marthe (F.) et Saint-Côme (H.). — M. PANAS, professeur de clinique. Visite à 9 h. Salles St-Julien (H.) et Ste-Agnès (F.). (Maladies des yeux). Consultations tous les jours.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 h. *Médecine* : M. le Dr CAUSSADE, médecin des hôpitaux ; M. le Dr PIGNOL, suppléant. *Chirurgie* : M. le Dr CHEVALIER, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr N..., suppléant.

Cliniques de la Faculté : MM. DIEULAFOY, PANAS et DUPLAY, prof. M. DIEULAFOY, le mercredi à 9 h. 1/2 et le samedi à 10 heures; Chef de clinique, M. KAHN ; chef de clinique adjoint, M. APERT. Chefs des laboratoires, MM. GAUDY et JOLLY. — M. DUPLAY, les mardis et vendredis. Consultations pour les maladies du nez et des oreilles. Chef de clinique chirurgicale, M. MARION, chef adjoint, M. BIGEARD. Chef des laboratoires, M. HALLION. Il existe à l'Hôtel-Dieu un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a, de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui sont annoncées par des affiches spéciales. — Clinique des maladies des yeux, M. PANAS ; Chef de clinique ophtalmologique, M. TERRIEN ; chef de clinique adjoint, M. PLEY. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophtalmoscope. Leçons cliniques les lundi et vendredi. Examen ophtalmoscopique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction. — M. DRUAULT, chef du laboratoire.

Pharmacien : M. VILLEJEAN. — Dentiste : M. PIETKIEWICZ. Consultations les lundi et vendredi, à 9 heures.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée depuis plusieurs années, est très belle et compte aujourd'hui plus de 3.000 volumes et de 6.000 thèses; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877 ; elle reçoit 500 fr. chaque année depuis 1878.

HÔTEL-DIEU (*annexe*). — 1° *Service temporaire de médecine.* 158 lits. M. DALCHÉ, salle Saint-Antoine (H,) et salle Saint-Pierre (H.); M. KLIPPEL, salle Saint-Bernard (H.) et salle Saint-Raphaël (H.). Chacun des services est confié à un des médecins des hôpitaux, non encore pourvu de service.

2° *Maternité.* — Accoucheur : M. le Dr CHAMPETIER DE RIBES. 53 lits et 53 berceaux. Salle de travail et isolement. Salle Baudelocque. Salle Mauriceau.

HÔPITAL LAENNEC, 42, rue de Sèvres. Nombre de lits : 633, dont 20 pour les enfants, crèche. — *Médecins* : M. LANDOUZY. Salles Grisolle (H.), Broca (F.) et Guersant (crèche). — M. MERKLEN. Salles Larochefoucauld (H) et Claude-Bernard (F). — M. BARIÉ. Salles Damaschino (H.), et Monneret (F.). — M. HIRTZ. Salles Cruveilher (H.) et Legroux (F.). — *Chirurgien* : M. P. RECLUS. Salles Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.), Alexis Boyer (H. et F.) (pavillon Récamier) (grandes opérations). — Pharmacien : M. BOURQUELOT. — Dentiste : M. le Dr ROUSSEAU. Consultation le mardi.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr CLAISSE, médecin des hôpitaux ; M. le Dr RABÉ, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr FAURE, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr COURTILLIER, suppléant.

Des conférences ont lieu chaque matin à l'hôpital Laënnec, soit au lit du malade, soit dans le nouvel Amphithéâtre agencé de manière à permettre des démonstrations pratiques au moyen de projections. — M. LANDOUZY, conférence le jeudi. — M. MERKLEN. Tous les matins visite et conférence de *séméiologie* à 9 h. 1/2 dans le service. Leçon clinique à l'Amphithéâtre le mercredi à 10 heures. Conférence de *bactériologie* le lundi à 10 h. 1/2, par M. RABÉ, chef du laboratoire. — M. BARIÉ. Tous les matins à 9 heures, examen des malades. Le mercredi à 10 heures, conférence de *clinique* et de *thérapeutique* à l'Amphithéâtre. — M. HIRTZ. Tous les matins leçon clinique au lit du malade, le vendredi à 10 heures, conférence de *thérapeutique* à l'Amphithéâtre — M. RECLUS. Tous les matins à 9 heures examen des malades, leçon clinique et opérations. Le samedi à 10 heures, conférence de *thérapeutique chirurgicale* à l'Amphithéâtre.

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque

service (1). Le laboratoire appartient à M. le Dr Landouzy, depuis le décès de M. Damaschino et est disposé pour des recherches d'histologie, de physiologie pathologique et de chimie, recherches de microbes, etc., etc. Un atelier de photographie est annexé à l'hôpital ; il permet de conserver la photographie des malades et des pièces anatomiques intéressantes. Un établissement de bains est ouvert, tant pour le service interne que pour le service externe : on y trouve indépendamment de deux vastes salles (H. et F.), douches, salles de sudation, vapeur, etc. L'établissement possède en outre une étuve de désinfection à vapeur sous pression.

Hôpital Lariboisière, rue A. Paré : 920 lits, dont 856 pour adultes, 64 pour enfants au berceau, y compris 6 lits pour malades à isoler dans le service d'accouchements, 6 lits de femmes enceintes et 144 lits de tuberculeux des deux sexes. — *Médecins* : M. Duguet. Consultation pour les goitres le mercredi. Salles Bernutz (F.), Grisolle (H. T.) et Baraq. (H. A.). Visite à 9 h.— Traitement des *goitres*, le mercredi à 10 heures. — M. Muselier. Salles Aran (F.), Rabelais (H.-T.), et Barth (H.-A.). Visite à 9 heures. — M. Lanorieux. Consultations de gynécologie le jeudi. Salles Trousseau (F.), J. Bouley (H. A), et Langle A. (F. T.). Visite à 9 h. Consultation de gynécologie et spéculum le jeudi. — M. Dreyfus-Brisac. Salles Vincent de Paul (crèche), Maurice Raynaud (F. A.), Lasègue (H. A) et Langle B. (F T.). Visite à 9 heures. — M. Tapret. Salles Louis (F.T.), Bazin (H. A.) et Husson (F. A) Visite à 9 h.— M. Gouguenheim. Assistant : M. le Dr Lombard. Salles Davaine (F.) Woil ez, (H.) Visite à 8 h. 1/2. — Les consultations pour les maladies du *larynx* et du *nez* et les examens laryngoscopiques ont lieu de 9 h. à 11 h. Les consultations pour les maladies des oreilles ont lieu les lundi, mercredi et vendredi aux mêmes heures. Leçons cliniques par M. Gouguenheim.—*Chirurgiens* : M. Peyrot, assistant M. le Dr Souligoux, chir. des hôp. Salles Denonvilliers (F.), Nélaton (H.), Voillemier (H.), Baraquement (F.). Visite à 9 h. — M. Reynier. Salle Gosselin (F.), Ambroise Paré (H.). Visite à 8 h. 1/2. — M. Tuffier, Salles Elisa Roy (F.), et Chassaignac (H.). Examen des malades, les lundi et jeudi ; opérations les mardi et vendredi. — M. Delens. Assistant spécial, M. Sauvineau. Service des maladies des yeux. Consultation et traitement des malades externes tous les jours à 9 h., sauf le dimanche. Salle Demours (F.) et Daviel (H.). Visite à 9 heures. — *Service d'accouchements* : M. Bonnaire. Salles La Chapelle et Mauriceau (F.) (entrée par le 43 du boul. de la Chapelle). Chambres d'isolement (salle Perreau). Visite tous les matins, à 9 h. 1/2. Consultations tous les jours le dimanche excepté. Les élèves autorisés par le chef de service et *munis de cartes*, délivrées par l'Administration, sont organisés par séries pour l'examen des femmes enceintes et des femmes en travail. Ils font des accouchements sous la direction du personnel. L'accès de l'hôpital leur est permis pendant toute la journée, lorsqu'une femme est en travail. Environ deux mille deux cents femmes par an se présentent pour accoucher et sont réparties entre les salles d'accouchement et les sages-femmes (8) agréées du service de la ville. Conférences théoriques et cliniques avec exercices sur le mannequin.

Laboratoires : MM. Muselier, Duguet, Tapret, Landrieux, Dreyfus-Brisac, Poyrot, Gouguenheim et Reynier.

Pharmacien : M. Patein.

Dentiste : M. le Dr Rodier. Consultations externes les lundi et vendredi à 9 heures.

Consultations de Médecine et de Chirurgie, tous les jours non fériés, à 9 h. - *Médecine* : M. le Dr Triboulet, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Papillon, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Beurnier, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Raphaël Bois, suppléant.

Bibliothèque des internes en médecine.—Installée définitivement dans une salle spéciale, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention de 2.000 fr. en 1876, de 500 fr. à partir de 1878. Elle compte environ 2.500 volumes.

Bibliothèque des internes en pharmacie. — Ils ont reçu de 1886 à 1899 une subvention de 300 francs pour la fondation et l'entretien d'une bibliothèque à leur usage personnel. La bibliothèque est installée dans une salle spéciale.

Ecole municipale d'Infirmières (même organisation qu'à la Pitié). — *Cours d'Administration* : M. Faure, directeur de Lariboisière. — *Anatomie* : M. le Dr Dauriac, ex-interne des hôpitaux. — *Physiologie* : Mme le Dr Pilliet-Edwards, ex-interne provisoire des hôpitaux. — *Pansements* : M. le Dr Isch-Wall, ex-interne des hôpitaux. — *Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés* : M. le Dr L. Tissier, accoucheur des hôpitaux. *Hygiène* : M. le Dr Cornet, ex-interne en pharmacie des hôpitaux. — *Petite Pharmacie* : M. N...

(1) Nous pensons toujours que l'Administration ferait bien de réunir tous ces musées particuliers, qui constituent des foyers peu hygiéniques, dans le musée spécial qui a été construit, après un vote du Conseil municipal, dans le nouveau service des morts.

Maison municipale de Santé, rue du Faubourg-Saint-Denis, n° 200. 310 lits. — *Médecins* : MM. Widal et Vaquez. — *Chirurgiens* : MM. Walther et Lejars. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service, internes et externes. Salles d'opérations nouvellement installées. Les internes possèdent une *Bibliothèque médicale* contenant plus de 600 volumes dont une partie a été léguée en 1875 par M. Demarquay. En 1886, elle s'est enrichie du Dictionnaire de Jaccoud. Plusieurs collections de journaux seraient à compléter. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 francs. La Maison municipale de santé possède deux laboratoires, un pour chaque service de médecine. — La pharmacie est confiée à M. Gasselin, pharmacien.

Maison-École d'accouchements, 119, boulevard de Port-Royal. 268 lits et 82 berceaux — *Médecin* : M. Charrin. — *Accoucheur en chef et professeur* : M. le Dr Porak. — *Professeur adjoint* : M. le Dr Potocki, accoucheur des hôpitaux. Consultations les lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. du matin. — Pharmacien : M. Lafont. — Dentiste : M. le Dr Moiroud. Sage-femme en chef, Mlle Hénault ; 6 aides sages-femmes. Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants ; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a trois internes : un est attaché au service de médecine, les deux autres au service d'accouchement ; il n'y a pas d'externes. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant le neuvième mois de leur grossesse ; cette réception est faite chaque jour, à 2 heures, par la sage-femme, sous le contrôle de l'accoucheur en chef. Une salle contenant 30 lits est destinée aux femmes enceintes valides. Si ces femmes sont atteintes d'une affection médicale ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (méd.) de 23 lits, l'autre de 12 lits. Le service d'accouchement se compose de deux salles, de 32 lits chacune pour les femmes qui ont des suites de couches simples, d'une salle de 12 lits pour les femmes suspectes ou dont l'accouchement a été laborieux, etc., et enfin d'une autre salle de 12 lits où les femmes malades peuvent être isolées. Il y a donc, au total, 88 lits pour les femmes accouchées et 42 lits pour les femmes enceintes. Sept nourrices sont attachées au service d'accouchement ; trois au service de médecine.

Un nouveau service a été ouvert récemment pour les enfants nés prématurément ou débiles ; il comporte 12 berceaux et 16 couveuses construites en fer et en glaces. 14 nourrices y sont attachées. On reçoit les enfants amenés du dehors à toute heure. Ce service est placé sous la direction de M. Porak, accoucheur en chef de la Maternité

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves ; elle est sous la direction de l'accoucheur en chef, M. le Dr Porak, assisté de Mlle Henault, sage-femme en chef. Pendant les vacances de l'accoucheur en chef, l'enseignement est donné par le professeur-adjoint et le service obstétrical est fait par l'assistant. Il y a six aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours. Toutes les élèves sont internes : elles peuvent sortir une fois par mois, accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayants-droit. Le prix de la pension est fixé, par an, à 1.100 fr. La durée des études est de deux années.

Outre le cours d'accouchement, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par le médecin de la Maternité ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par les internes du service d'accouchement, sur les antiseptiques et les éléments de physique et de chimie faites par le pharmacien. Le cours d'anatomie est complété par des démonstrations sur le cadavre faites à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

L'accoucheur en chef a la direction générale et la responsabilité de tous les services obstétricaux ; il a, comme professeur en chef, la direction de l'enseignement théorique et pratique.

Des *laboratoires* (histologie, microbiologie, préparation du lait) ont été organisés.

Une *consultation pour les nourrissons* a lieu tous les samedis : elle est destinée à surveiller l'allaitement et l'hygiène d'enfants nés à la Maternité.

Hôpital Necker, 151, rue de Sèvres : 475 lits. — *Médecins* : M. Cuffer. Consultations pour les maladies du système nerveux le jeudi à 10 h. : Salle Vernois (H.) et pavillon Peter (16 lits de femmes et 16 lits de crèche). Spéculum le samedi. Conférences cliniques tous les matins à 9 h. ; — le mercredi, à 9 h. 1/2, conférences cliniques au lit du malade. — M. Huchard. Consultations pour les maladies du cœur, le mardi : Salles Chauffard (H.), Delpech (F.).— M. Barth : Salles Bouley (H.), Lasègue (F.). Consultation pour les maladies des organes respiratoires le vendredi. Les jeudis, leçons cliniques, salle Bouley, à 10 h., à partir du 15 novembre. — M. Renou. Consultations pour les maladies des voies digestives, le lundi : Salles Trous-

seau (H.), Monneret (F.). Visite tous les matins à 9 h. Leçons de clinique, le jeudi à 10 heures, à l'Amphithéâtre. Spéculum le mercredi. — *Chirurgiens. Clinique chirurgicale :* M. le Pr Le Dentu : Chef de clinique, M le Dr Paul Delbet. Salles Malgaigne (H.) et Lenoir (F.). Consultation pour les maladies des femmes les lundi, et vendredi. — *Laboratoire du service de clinique chirurgicale :* Chef du laboratoire, M. Fabre-Domergue ; Préparateur, M. Thélohan. — *Clinique des voies urinaires* : M. le Pr Guyon. Chef de clinique : M. Genouville ; chef de clinique adjoint : M. Michon. Salles Velpeau et Richet (H.) et Laugier (F.). Consultations et traitement externe tous les jours. Les consultations et le traitement externe se font à la salle de la Terrasse. Leçon clinique et opérations, le mercredi à 9 h. ; policlinique le samedi à 9 heures. Chef de laboratoire d'anatomie pathologique M. Hallé ; chef du laboratoire de chimie, M. Chabrié. Musée de la Terrasse (voies urinaires) visible tous les jours. — *Service des voies urinaires* : M. Routier. Salle Civiale (H.), salle Foucher (F.), pavillon Nélaton (H. et F.) (isolement). Consultations les lundis, mercredis et samedis, et vendredis et traitement externe tous les jours. Les consultations et le traitement ont lieu au pavillon Nélaton. — Musée Civiale, visible tous les jours. — Médecin Dentiste : M. le Dr Brochard. Consultations externes lundi et vendredi, à 9 heures. — Pharmacien : M. Leidié.

Consultations de médecine et de Chirurgie, tous les jours non fériés, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Mosny, médecin des hôpitaux ; M. le Dr R. Marie, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Albarran, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr H. Brodier, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine.—Fondée en 1878. Cette fondation est due à l'initiative des internes de cette année. A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ provenant de dons (chefs de service de Necker et de M. Bourneville) et du montant des souscriptions des internes. Grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothèque s'est enrichie en 1879 : 1° de la collection des *Bulletins de la Société anatomique* ; 2° de la *Revue des Sciences médicales* ; en 1880, des *Archives de médecine* ; en 1881, des *Archives de physiologie* ; en 1882, des *Bulletins de l'Académie de Médecine* et de la *Société de Chirurgie* ; en 1886, du *Dict. Dech.* Elle compte aujourd'hui plus de 900 volumes. Elle a été encore augmentée, depuis 1883, grâce à des subventions successives accordées chaque année par le Conseil municipal.

Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède : 715 lits. — *Médecins* : M. Jaccoud, professeur de clinique médicale de la Faculté. Chef de clinique, M. Achalme. Chef de clinique adjoint : M. Gouget. Salles Jenner (H.) et Laënnec (F.). Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 h. — M. André Petit. Salle Trousseau (F.) et Rayer (H.). Visite à 8 h. 1/2. — M. Babinski. Consultations pour les maladies nerveuses, le jeudi. Salle Grisolle (F.) et Rostan (H.). Visite à 9 heures. — M. Faisans. Salles Piorry (H.) et Lorain (F.). Visite à 8 h. 1/2. Clinique au lit du malade, vendredi et samedi. — M. Thibierge. Salles Monneret (H.) et Cruveilhier (F.). Visite à 9 heures. Consultations spéciales pour les maladies de la peau, les mercredis et samedis. — M. Alb. Robin. Salles Valleix (F.) et Serres (H.). Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. Berger, professeur de clinique chirurgicale, Chef de clinique, M. Banzet. Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Visite à 9 h. Leçons cliniques lundi, mercredi, vendredi. — M. Picqué. Salles Gerdy (F). et Broca (H.). Visite à 9 heures. — *Accoucheur* : M. Lepage. Visites tous les matins à 8 h. 1/2 et consultations d'accouchements. — Pharmacien : M. Chastaing. — Dentiste : M. le Dr Ferrier. Consultations externes les mardi et vendredi de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2 heures.

Consultations de médecine et de chirurgie, tous les jours non fériés, à 9 h. — *Médecine* : M. le Dr Marie (Auguste), assistant ; M. le Dr Phulpin, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Thiéry, chirurgien des hôpitaux. M. le Dr Barozzi, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Une bibliothèque médicale a été fondée, en 1869, par les internes en médecine. Elle est entretenue par les cotisations mensuelles des internes et elle a reçu une subvention du Conseil municipal, 500 fr. en 1877, 1878 et 1879 ; 400 fr. en 1880, 1881, 1882 et 1883 ; 500 fr. de 1884 à 1897. Elle se compose d'environ 1.500 volumes. On devra sous peu la transporter ailleurs, car le local dont on dispose est beaucoup trop restreint.

Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières.—Elle est ouverte à toute personne désirant suivre les cours ; cours pratiques le jour dans les salles, cours théoriques le soir à 8 heures (mardi, jeudi et samedi). *Cours théoriques* : *Administration,* M. Joly, directeur de l'hôpital ; — *Anatomie,* M. Dauriac ; — *Physiologie,* M. Regnard ; — *Pansements,* M. Ch. Petit-Vendol ; — *Hygiène,* M. le Dr Régnier ; — *Soins aux femmes en couches,* M. le Dr Lepage, accoucheur des hôpitaux ; — *Petite pharmacie,* M. Viron, (*professeur suppléant des Écoles,* M. Marcel Baudouin.)

Hôpital Ricord, anciennement du *Midi,* 111, boul. de Port-Royal : 317 lits, savoir, 192 de médecine, dont 158 pour les syphilitiques et 34 lits pour la dermatologie ; et 104 lits de chirurgie ; chambres particulières 21 lits. — Les visites et consultations se font très régulièrement tous les jours, de 8 h. à 10 h. — *Chirurgien* : M. Humbert. 1re division. Salles I, II, III et IV. Consultations les lundis et jeudis. — *Médecins* : M. Queyrat, 2e division. Salle VII (peau), salle VIII (syphilis), salle VI (service provisoire de médecine générale). Consultations les mercredi et samedi de 8 h. à 10 h. — M. Renault. 3e division. Salles IX, XI et XII (syphilitiques). Salle X (dermatologie), consultations les mardi et vendredi. Conférences le samedi à 9 heures. — Le musée créé par M. le Dr Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces montées *avec soin,* présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visité *avec soin.* — L'installation de la belle bibliothèque Ricord est terminée, le nombre de volumes légués s'élève à 2.500 environ. C'est une des plus importantes bibliothèques des salles de garde des hôpitaux ; elle est d'ailleurs très bien entretenue. On y trouve une collection de vieux instruments. — Pharmacien : M. Béhal. — Dentiste : M. Bruneau. Consultation le mardi à 9 heures.

Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine : 897 lits : 579 pour la médecine, 65 lits d'accouchements, 149 pour la chirurgie, 84 berceaux et 20 lits de crèche. — *Chirurgie.* M. Monod. Salles Blandin et Broca (H.), 44 lits ; salle Cruveilhier (F.), 22 lits. — Service de M. Blum : Salles Dupuytren et Velpeau (H.), 46 lits ; salle Lisfranc (F.), 25 lits. Pavillon pour des grandes opérations : 3 lits (H.), trois lits (F), placé sous la direction des deux chirurgiens ; de création récente, ce pavillon d'isolement est très bien compris. — *Maternité.* M. Bar, accoucheur ; M. Tissier, accoucheur des hôpitaux, assistant. — Consultation le matin, à 9 heures. — *Médecine.* M. Hayem, professeur de clinique médicale. Chef de clinique, M. Thiercelin. Chef de clinique adjoint, M. Hulot. Salle Béhier (H.), 20 lits, Salle Bazin (H.) 20 lits, salle Moïana (F.), 20 lits, salle Vulpian (Crèche) 20 lits et 20 berceaux. Chambres isolées 7 lits. — M. Siredey Salles Bichat et Malgaigne (H.), 49 lits ; salle Chomel (F.), 28 lits. Consultations pour les maladies des femmes (gynécologie médicale), le mardi et le samedi. — M. G. Ballet. Consultations pour les maladies du système nerveux, le mardi. Salles Aran et Broussais (H.), 49 lits ; salle Rostan (F.), 24 lits. — M. Gilles de la Tourette. Consultations pour les maladies du système nerveux, le mercredi et le vendredi. Salle Axenfeld (H.), 35 lits ; salles Andral, 22 lits (H.) et Barth, 24 lits (F.). — M. Lermoyez. Assistant : M. le Dr Laurens. Consultations pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles, les mardi, jeudi et samedi. Salle Itard (H.), 16 lits ; salle Isambert (F.), 14 lits. — M. Galliard, Salle Louis (H.), 35 lits ; Salle Nélaton (F.), 20 lits. — M. Béclère. Salles Marjolin (H.), 33 lits ; Roux (F.), 20 lits ; Corvisart (F.), 20 lits. — M. Gaucher. Consultations pour les maladies de la peau, les lundi, mercredi et samedi. Salle Magendie (H.), 37 lits ; salle Grisolle (F.), 28 lits. — M. Brissaud. Consultations pour les maladies du système nerveux, le lundi. Pavillon Damaschino (H.), 20 lits ; pavillon Littré (F.), 20 lits ; pavillon Lorain (H.), 28 lits. — Accoucheur : M. Bar.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Sergent, assistant ; M. le Dr Claude, suppléant. — Une consultation pour les maladies nerveuses a lieu le lundi par M. le Dr Brissaud ; le mardi, par M. le Dr Ballet. Une consultation pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles, faite par M. le Dr Lermoyez, a lieu le mardi, jeudi et le samedi à 9 heures. — *Chirurgie* : M. le Dr Sébileau chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Brézard, suppléant.

Le *Pavillon des internes,* construit en 1883 (1), est un modèle du genre. Il y est adjoint une *Bibliothèque* pour les Internes, qui est déjà importante.

Pharmacien : M. Lextreit. — Dentiste : M. le Dr Gaillard Consultations externes mardi et vendredi.

Hôpital Saint-Louis, rue Bichat, n° 40 ; salle de consultations, même rue, n° 38 ; 1.300 lits dont 925 consacrés aux affections cutanées, 52 lits et 52 berceaux et 271 aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques.—La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital ; mais, en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée. Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau ; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Outre les cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis font tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente, ces leçons sont réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants ont pour ainsi dire à choisir chaque matin entre les moyens d'instruction qui s'offrent à eux.

(1) Voir Bourneville : *Rapport sur la construction d'un bâtiment pour loger les internes en médecine* (22 mai 1882).

Médecins : M. TENNESON. Consultation externe le mardi. Mardi, opérations, dermatologie; mercredi, teignes et affections du cuir chevelu; salles Alibert (F.) et Devergie (H.), 9 heures. M. le Dr Tenneson a, en outre, la direction de l'Ecole Lailler (enfants teigneux). Il est assisté, dans ce dernier service, d'un chef de laboratoire, M. le Dr SABOURAUD. — M. le Pr FOURNIER, clinique des maladies de la peau. Chef de clinique, M. Edm. FOURNIER. Chef de clinique adjoint, M. EMERY. Tous les jours de 8 à 10 heures du matin; salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). Consultation le samedi. *Ordre du cours* : Les mardis, leçon au lit des malades (à 9 heures); les vendredis, leçon à l'Amphithéâtre (10 heures). — M. HALLOPEAU. Consultation externe le lundi; examen des nouveaux malades le mardi, visite générale et policlinique; Clinique, le dimanche pendant l'hiver; salle Bazin (H.), salle Lugol (F.). — M. DU CASTEL. Consultation externe le mercredi; mercredi, examen des nouveaux malades (laboratoire CAZENAVE). Salles Gibert (F.) et Cazenave (H.) et Pavillon Gabrielle (Hommes). — M. DANLOS. Consultation externe le vendredi. Salles Bichat (H.) et Biett (F.) et Pavillon Emery (F.) — M. BALZER. Consultation le jeudi. Salles Hillairet (H.) et Lorry (F.).

Une seconde consultation de médecine est faite chaque jour l'après-midi à 1 heure par les chefs de service; des docteurs leur sont adjoints matin et soir; MM. les Drs GASTOU et BAUDOUIN (G.) sont assistants de consultation titulaires: MM. les Drs EMERY et Marcel SÉE sont assistants de consultation en remplacement.

Consultations de l'après-midi : lundi, M. FOURNIER; mardi, M. DANLOS; mercredi, M. TENNESON; jeudi, M. HALLOPEAU; vendredi, M. BALZER; samedi, M. DU CASTEL.

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées; mais ses services d'accouchements et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchements, dirigé par M. AUVARD, contient 52 lits constamment occupés, dont 8 lits d'isolement. Il s'y fait en moyenne 3 accouchements par jour; 1.000 environ par an; 4.539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Consultation externe le lundi, mercredi, vendredi.

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 33.500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2.200 en moyenne sont traités dans les salles. Les chirurgiens, chefs de service, sont: M. le Dr RICARD, salles Cloquet (H.), Gosselin (F.) pavillon d'opérations Cruveilhier. — M. le Dr RICHELOT, salles Isolement (H.) et Isolement (F.), consultation de gynécologie le dimanche. — M. le Dr NÉLATON, salles Nélaton (H.), Denonvilliers (F.) et pavillon d'opérations Jamain.

Accoucheur : M. AUVARD, pavillon Dubois. Visite tous les jours à 9 heures. Consultation les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures. Les élèves qui désirent suivre la visite ou la consultation doivent se faire inscrire dans le service.

Pharmacien : M. PORTES. — Dentiste : M. COMBE. Consultations externes les samedis et les mardis.

Une *consultation de chirurgie*, faite par M. le Dr LEGUEU, chirurgien des hôpitaux, a lieu tous les matins, à 9 heures. M. le Dr LEGUEU, chirurgien des hôpitaux a, comme assistant de consultation, M. le Dr Paul BATIGNE qui le remplace en cas d'absence.

Musée pathologique. — Le Musée, ouvert tous les jours de 8 h. à midi, sans formalité, contient aujourd'hui 1.833 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 300 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. FOURNIER, jointe depuis plusieurs années au Musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes. Le Musée particulier de M. Péan contient 500 moulages de pièces chirurgicales. M. Parrot a également enrichi le musée d'une collection d'environ 200 pièces (legs).

Bibliothèques. — Une bibliothèque médicale, fondée en 1888, par les soins des médecins et chirurgiens de l'Hôpital, et subventionnée par le Conseil municipal, est annexée au Musée Pathologique. Cette bibliothèque contient, outre les publications de dermatologie, les principaux ouvrages de médecine et de chirurgie, et la plupart des journaux français et étrangers. Elle est ouverte à tous les médecins et élèves de 8 h. du matin à midi et de 1 h. à 5 h. Cette Bibliothèque s'est enrichie en 1893 des collections laissées par MM. Hardy, Vidal et Lailler et en 1897 des collections données par la veuve du Dr Feulard. — Le conservateur du Musée et de la Bibliothèque est M. le Dr L. WICKHAM. Une autre *Bibliothèque*, enrichie de 1877 à 1886 par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine de l'hôpital; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau, 1.500 volumes. Elle a reçu, en 1884, un legs de M. Hillairet.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. (*Femmes*), 47, boulevard de l'Hôpital : 3.042 lits pour les *vieillards* et 724 pour les *aliénées*. — *Médecins* : MM. RAYMOND et DÉJERINE. — *Chirurgien* : M. le Dr Paul SEGOND. Visite et examens des malades à 9 h. Opérations le samedi. — *Médecins aliénistes*: MM. J. VOISIN, CHARPENTIER et DENY. — *Médecin suppléant*: M. ROUBINOVITCH. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. RAYMOND, professeur, les mardi et vendredi à 9 h. 1/2; chef de clinique, M. CESTAN; directeur des laboratoires, MM. P. RICHER (honoraire) et N. HUET (titulaire); prosecteur, M. PHILIPPE; service ophtalmologique; M. PARINAUD et M. SAUVINEAU. Otologie, M. GELLÉ. Laryngologie, M. CARTAZ. Physiologie clinique, M. JANET. Travaux chimiques, M. YVON, et travaux photographiques, M. LONDE. Moulages, M. Hurel. Conférences par M. le Dr DÉJERINE, sur les maladies du système nerveux, tous les jeudis à 5 h. du soir, salle de la consultation. M. Jules VOISIN fait des conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, tous les jeudis à 10 h., de décembre à mai. — Pharmacien : M. VIRON. — Dentiste : M. JARRE. *Service d'Electrothérapie de la Clinique des maladies nerveuses* : M. le Dr HUET.

Consultation de Chirurgie. — Le lundi, à 11 h., le dimanche et le jeudi à 9 h. du matin. M. le Dr LAPOINTE, assistant, M. le Dr CANGE, suppléant.

Un service de *consultation externe* a été ouvert à la Salpêtrière, au mois de mai 1881. Le nombre des malades qui s'y présentent chaque jour a démontré l'opportunité de cette innovation, due au Conseil municipal. Il fonctionne de la manière suivante. *Médecine* : Consultation externe. M. RAYMOND, le mardi, à 8 h. et demie; — M. DÉJERINE le mercredi, à 9 heures; — M. CHARPENTIER, le dimanche et le lundi, à 9 heures; — M. DENY, le vendredi, à 9 heures; — M. J. VOISIN, le samedi, à 9 heures. — La consultation de Médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Depuis 1882, on a ajouté à l'Infirmerie générale 34 lits pour les malades externes, hommes, et l'on a autorisé la réception de quelques malades externes femmes.

Institut municipal d'Electrothérapie. — M. R. VIGOUROUX. Les mardi, jeudi, samedi, de midi à trois heures, Consultations le jeudi.

Bibliothèques. — Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque médicale* fondée et entretenue en partie par les *internes en médecine*. Elle se compose actuellement de plus de 1,800 volumes, dont 398 ont été donnés par M. Passant. Elle a reçu, en 1877, une subvention de 2.000 fr. du Conseil municipal, de 500 fr. de 1878 à 1885, de 600 de 1886 à 1894. — Les Internes en pharmacie ont fondé, en 1884, une *bibliothèque* comptant actuellement 600 volumes, qu'ils entretiennent à l'aide de cotisations et d'une subvention du Conseil municipal. Il est adjoint à la bibliothèque une fort belle collection de matière médicale, don de Vercamer. L'Association des Internes en pharmacie entretient une collection de *matière médicale* comptant plus de 500 échantillons, et une collection de minéralogie de 200 échantillons. Ces collections sont destinées aux conférences qui se font dans cet établissement pour la préparation au concours de l'Internat en pharmacie. L'Assistance publique les a dotés, en 1877, du premier laboratoire collectif de chimie et de micrographie dans lequel il se fait environ 700 analyses par an. Ce résultat justifie la généralisation de cette création dans les autres hôpitaux de Paris.

Ecole municipale d'infirmières. — Même organisation qu'à Bicêtre. Cours théoriques : *Administration*, M. MONTREUIL, directeur de l'hospice; — *Anatomie*, M. SCHWARTZ; — *Physiologie*, M. J.-B. CHARCOT. — *Pansements*, Mme le Dr PILLIET-EDWARDS; — *Hygiène*, M. Paul BONCOUR; — *Petite pharmacie*, M. VIRON; — *Soins à donner aux femmes en couches*, M. le Dr DUBRISAY (1).

HÔPITAL TENON, rue de la Chine : 888 lits. — *Médecins*: M. H. MARTIN-ROUX Visite à 9 heures. Salles Andral (H.), Béhier et Cl. Bernard (F.). M. BOURCY. Visite à 9 heures. Salles Lelong (H.), Bouillaud (F.). — M. BRAULT. Visite à 9 heures. Salles Bichat (H.), Magendie (F.), Laënnec (F.) et Valleix (F.). — M. MÉNÉTRIER. Visite à 8 h. 1/2. Salles Axenfeld (H.), et Colin (F.). — M. LE GENDRE. Visite à 9 h. Salles Barth (H.) et Couverchel (F.). — M. GIRAUDEAU. Visite à 9 h. Salles Gérando (H.), Rayer (F.). — M. ACHARD. Visite à 9 heures. Salles Parrot, Lorain (H.). Salle M. Raynaud. — M. DUFLOCQ. Visite à 9 h. Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Cruveilhier F.), — *Chirurgiens* : M. POIRIER. Visite à 9 heures. Salles Velpeau. Nélaton, Lisfranc (H.) et Richard Wallace (F.). Opérations tous les jours. — M. CHAPUT. Visite à 9 heures. Salles Dupuytren, Seymour (H.), Delessert (F.) et Montyon (H.) — Opérations tous les jours. — *Chirurgie infantile* : M. FÉLIZET. Visite à 9 h. Salles Dolbeau (G.), A. Paré (F.), Tenon deux sexes, 2 à 4 ans) et Boyer (Crèche). Opérations et consultations tous les jours. — *Accoucheur* : M. BOISSARD. Visite à 9 h. Consultation pour les femmes enceintes, tous les jours. — Pharmacien : M. MEILLÈRE. — Dentiste : M. le Dr RICHER (Paul), consultations externes les mardis et jeudis à 9 h.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr AUSCHER, assistant; M. Léonce BODIN, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr AUVRAY, chirurgien des hôpitaux, assistant; M. le Dr PICOU, suppléant.

Les médecins et les chirurgiens reçoivent une indemnité fixée excep-

(1) La direction de l'enseignement, dans les quatre écoles, est confiée, depuis leur création, en 1878, à M. Bourneville.

tionnellement à 3.000 fr., en raison de la distance à laquelle est située cet établissement. Les internes sont logés et touchent indépendamment de leur indemnité réglementaire une indemnité mensuelle de 25 fr. à titre de frais de déplacement.

Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1878), il a été fondé par les internes une *bibliothèque* d'ouvrages de médecine. Un don de 2.000 fr. du Conseil municipal, puis une subvention de 500 fr. votée chaque année ont enrichi cette bibliothèque qui contient 4.000 volumes. Les *externes* touchent 50 francs par mois au lieu de 30, comme dans les autres hôpitaux excentriques.

HÔPITAL TROUSSEAU, 89, rue de Charenton (ex-Hôpital Sainte-Eugénie, ancien Hôpital Sainte-Marguerite). Enfants, 596 lits.

Médecins : M. le Dr JOSIAS, Visite à 8 heures 3/4. Consultations les lundi et jeudi. Salle Barrier (garçons); salle Blache (filles).— M. le Dr VARIOT. Visite à 9 h. 1/2. Consultations les mercredis et samedis. Maladies aiguës. Salle Lugol (garçons). Salle Triboulet (filles). Salle Bazin (garçons). Teigne. Consultations le mardi. — M. le Dr NETTER. Visite à 8 h. 3/4. Consultations les mardi et vendredi. Maladies aiguës. Salle Archambault (garçons). Salle Bouvier (filles). Salle Gillette (filles). Teigne. — Consultations et pansement externe de la teigne: M. le Dr VARIOT, le mardi.

Chirurgiens : M. KIRMISSON. Visite à 8 h. 1/2. Consultations : Lundi, mercredi, jeudi et vendredi. Salle Denonvilliers (garçons). Salle Giraldès (filles). Un amphithéâtre, pourvu de tous les moyens d'étude désirables, est annexé au service de M. Kirmisson. — M. BROCA (service de chirurgie). M. le Dr BOULAY, assistant. (*Chroniques.*) Salle Legendre (garçons), 46 lits. Salle Valleix (filles), 38 lits. Consultations pour les maladies du nez et des oreilles chez les enfants, le mardi et le samedi.

Pharmacien : M. HÉRET. — *Dentiste* : M le Dr QUEUDOT. Consultations externes, les lundis et vendredis, 9 h. 1/2.

Pavillons d'isolement. — Des pavillons d'isolement ont été créés dans l'hôpital. *Pavillon Bretonneau*, inauguré en 1879, comprenant 52 lits pour la diphthérie. M. le Dr RICHARDIÈRE, chef du service. — Service de la scarlatine, inauguré le 25 juillet 1889, comprenant 40 lits pour les scarlatineux. — *Pavillon d'Atigre*, inauguré à la même époque, comprenant 53 lits pour les rubéoleux. Des salles spéciales et des chambres d'isolement y sont réservées à toutes les complications de la rougeole. Ces services d'isolement sont faits alternativement par les médecins selon un roulement établi annuellement, et actuellement M. le Dr JOSIAS est chargé du pavillon des scarlatineux et M. le Dr VARIOT de celui des rubéoleux. Le pavillon de la diphtérie est confié à M. le Dr RICHARDIÈRE. Ce dernier service est retiré du roulement.

En outre, un service de *coqueluche*, avec personnel spécial et complètement isolé, et divisé en coqueluches simples et coqueluches compliquées, tant pour les garçons que pour les filles, a été inauguré le 1er juillet 1890. — M. le Dr JOSIAS en est actuellement chargé.

Enfin, en 1892, est entré en service un pavillon de DOUTEUX, qui comprend 16 chambres isolées.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplètes. Il n'existait ni règlement ni cotisations. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, la bibliothèque est devenue une réalité. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bibliothèque une subvention de 500 fr. en 1880 et une autre subvention de 500 fr. en 1881 et 1883, 400 fr. en 1884, 1885, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894 et 1895, elle possède aujourd'hui plus de 800 volumes. L'hôpital Trousseau est appelé à prendre une importance très grande. De nouveaux laboratoires d'histologie pathologique et de chimie ont été créés.

HÔPITAL DE LA PORTE D'AUBERVILLIERS. (Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses). — 260 lits. — Médecin : M. ROGER.

BASTION 29 (PORTE DE FLANDRE). (Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses). — 106 lits et 16 berceaux. — Médecin : M. le Dr CHANTEMESSE.

HOSPICE D'IVRY, A IVRY-SUR-SEINE. — Médecin : M. GOMBAULT (Albert) Chirurgien: M. GUINARD. — Dentiste: M. le Dr ROY. — Pharmacien, M. RICHAUD.

Un service de consultation externe est organisé depuis quelques années à l'hospice d'Ivry. Les consultations de médecine ont lieu les mercredis : celles de chirurgie, les lundis.

MAISON DE RETRAITE des Ménages, 25, rue J.-J. Rousseau à Issy-Les Moulineaux. — *Médecin*: M. MARFAN. — *Chirurgien* : M. Pierre DELBET, chirurgien des hôpitaux. Pharmacien : Un interne sous la surveillance du pharmacien des Enfants-Malades.

MAISON DE RETRAITE DE LA ROCHEFOUCAULD, 15, avenue d'Orléans. — *Médecin* : M. DARIER. — Consultations de dermatologie les lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. du matin. — Pharmacien : Un interne sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Ricord.

INSTITUTION SAINTE-PÉRINE, 11, rue du Point-du-Jour, Paris-Auteuil. — *Médecin* : M. LEBRETON. — *Chirurgien* : M. HARTMANN, chirurgien des hôpitaux. — Un interne est logé dans l'établissement. Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Bichat.

FONDATION ALQUIER-DEBROUSSE, 148, rue de Bagnolet. — *Médecin* : M. THOINOT. — 200 lits pour vieillards des deux sexes. Un interne est logé dans l'établissement.

FONDATION CHARDON-LAGACHE, 1, rue du Point-du-Jour, Paris-Auteuil. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — Un interne y est logé.

FONDATION ROSSINI, 5, rue Mirabeau, Paris-Auteuil. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — C'est l'interne de Sainte-Périne qui est chargé aussi de cette Maison.

HÔPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER. — *Chirurgien* : M. MÉNARD. — Trois internes en médecine résident à l'hôpital. — Le service pharmaceutique est assuré par un interne en pharmacie.

HOSPICE SAINT-MICHEL (fondations Boulard et Lenoir Jousseran), à Saint-Mandé. — Le service de médecine est fait par un médecin de Saint-Mandé, M. DIVERNERESSE. — Pharmacien: M. BOUDET, à Saint-Mandé.

HOSPICE DE LA RECONNAISSANCE (fondation Brézin), à Garches (Seine-et-Oise). — *Médecin résidant* : M. GILLE. — Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance de M. BOURQUELOT, pharmacien à l'hôpital Laënnec.

HÔPITAL DE FORGES-LES-BAINS. — *Médecin* : M. DOUMENGE.

FONDATION GALIGNANI, boulevard Bineau, 53 et 55, à Neuilly-sur-Seine. — *Médecin* : M. CAYLA ; *Médecin adjoint* : M. CATUFFE. — Pharmacien: M. DARGENT, Avenue de Neuilly, 153, à Neuilly.

HOSPICE DE BREVANNES (Seine-et-Oise). — *Médecin* : M. TOUCHE, résidant à Brévannes. — Trois internes en médecine, nommés à la suite d'un concours spécial, résident à l'Hospice. — Un interne en pharmacie.

MAISON DE CONVALESCENCE DE LA ROCHE-GUYON (pour les enfants). — Le service médical est assuré provisoirement par un médecin de La Roche-Guyon, M. N...

Le BUREAU CENTRAL est supprimé depuis le 14 Octobre 1895. Il s'agit là d'une réforme qu'exigeait impérieusement l'intérêt supérieur des malades. Nous en avons pris l'initiative depuis bien des années, notamment en 1874 (*Progrès méd.*, 1874, p. 609). C'est ce dernier article qui a motivé la proposition de notre ami, M. le Dr Paul Dubois au Conseil municipal, et ultérieurement l'excellent rapport de Lafont. A force de revenir sur cette question, au bout de plus de VINGT ANS, elle a été résolue comme il convenait.

Médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux chargés du service des remplacements et de la direction des services temporaires.

Médecins : MM. WURTZ, L. GUINON, MOREL-LAVALLÉE, DALCHÉ, KLIPPEL, TOUPET, BARBIER, JEANSELME, FLORAND, JACQUET, LESAGE, DE GENNES, COURTOIS-SUFFIT, LION, LE NOIR, MOSNY, RÉNON, CAUSSADE, CLAISSE, PARMENTIER, BOULLOCHE, MÉRY, THIROLOIX, SOUQUES, TRIBOULET, DUPRÉ, AVIRAGNET, LAMY, LEGRY, TEISSIER, HUDELO.

Chirurgiens : MM. HARTMANN, Pierre DELBET, ROCHARD, ALBARRAN, BEURNIER, DEMOULIN, LEGUEU, SÉBILEAU, FAURE, LYOT, ARROU, RIEFFEL, VILLEMIN, CHEVALIER, MAUCLAIRE, THIÉRY, GUILLEMAIN, MORESTIN, SOULIGOUX, BOUGLÉ, LAUNAY, AUVRAY.

Accoucheurs : MM. VARNIER, Léon TISSIER, POTOCKI, DEMELIN. BOUFFE, BAUDRON et BRINDEAU.

Dentistes ; MM. DIDSBURY, SAUVEZ, DUMONT, FREY, GOURC, CHOMPRET, PITSCH.

Consultations spéciales à l'Hôtel-Dieu. — Bandages, les mardis et samedis, à 11 heures: Orthopédie : Les mercredis, à 11 heures.

Amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux.

La réouverture de cet établissement aura lieu le 15 novembre: les pavillons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes. Un arrêté du 24 juillet 1895 pris après avis conforme du conseil de surveillance et approuvé par M. le

Préfet de la Seine, autorise l'admission d'un certain nombre d'élèves de l'Ecole de Médecine et des élèves de l'Ecole dentaire à l'amphithéâtre de Clamart. Deux aides d'anatomie sont attachés, à cet effet, au pavillon affecté aux Elèves de la Faculté : MM. Labey et Barbarin, de même qu'un répétiteur d'anatomie, M. Thoumire. Il est situé rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours ont lieu tous les jours à 4 heures ; le premier, anatomie topographique, est fait par M. le Dr Quénu, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'hôpital Cochin. — M. Robineau, prosecteur, fera le cours de physiologie. — M. N..., prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive. – M. Macaigne, chef du laboratoire d'histologie, fait un cours d'histologie ; M. Coffin, sous-chef du laboratoire. — L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Nous rappellerons, en outre, que le musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Conservateur du musée : M. Landel.

Pharmacie centrale des Hôpitaux.

M. le Dr Prunier, directeur.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins, chirurgiens et accoucheurs; 2° de prosecteurs (voir Amphithéâtre des Hôpitaux); 3° d'internes et d'externes en médecine, en chirurgie et en accouchements; 4° de pharmaciens; 5° d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours*. — Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat*.

A. — *Externat*. — Art. 103. — Tout étudiant en médecine qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de médecine de l'Etat, peut se présenter au concours pour les places d'élèves externes (1). Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions; 2° son acte de naissance; 3° un certificat de revaccination; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Art. 119. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive ; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Pour les modifications introduites dans le fonctionnement des Concours de l'Internat et de l'Externat, voir les affiches des concours de cette année (partie contenant les dispositions extraites du Règlement sur le Service de santé).

Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la Diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le cours pratique sur tout ce qui concerne la *Clinique de la diphtérie* vient de recommencer sous la direction de M. le Dr Sevestre. Les élèves par séries de vingt viendront, pendant un mois chaque matin, se joindre à la visite des malades. Ils écouteront l'enseignement du maître. Après quoi on les exercera individuellement à la *technique microscopique* et aux pratiques du *tubage* et de la *trachéotomie*. Le tubage, qui doit entrer maintenant dans la pratique courante, est d'abord appris sur un mannequin ou sur un cadavre. Après quoi les élèves peuvent tuber sur les enfants qui en présentent la nécessité alors qu'ils sont à l'hôpital. Un chef de laboratoire surveille les manœuvres microscopiques et donne les éléments nécessaires pour faciliter le diagnostic bactériologique de la maladie.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours (2).

Concours de 1888. — 1° *Anatomie* : Côtes ; — Configuration extérieure et rapports de l'estomac ; — Fémur ; — Crosse de l'aorte ; — Diaphragme ; — Veines du membre inférieur ; — Clavicule ; — Fosses nasales ; — Rapports du poumon et sa conformation extérieure ; — Muscle sous-iliaque ; — Articulation de l'épaule ; — Veines du membre supérieur ; — Os maxillaire inférieur ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articulation coxo-fémorale ; — Rapports du foie et conformation extérieure ; — Humérus ; — Artère fémorale ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Entorse ; — Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë ; — Anthrax ; — Cathétérisme de l'urètre chez l'homme et chez la femme ; — Analyse clinique des urines ; — Erysipèle de la face ; — Epistaxis et tamponnement des fosses nasales ; — Panaris ; — Saignée ; — Vaccine et vaccination ; — Fractures de la clavicule ; — Brûlures ; — Vésicatoires.

Concours de 1889. — 1° *Anatomie* : Articulation temporo-maxillaire ; — Articulation coxo-fémorale ; — Configuration extérieure et rapports du foie ; — Veines superficielles du membre inférieur ; — Muscles fessiers ; — Occipital ; — Crosse de l'aorte ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Omoplate ; — Artère fémorale ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Articulation scapulo-fémorale ; — Artères de l'avant-bras ; — Maxillaire inférieur ; — Calcanéum et astragale ; — Artère carotide primitive ; — Œsophage ; — Rapports de la vessie ; — Péroné ; — Carotide externe.

2° *Pathologie et petite Chirurgie* : Entorse ; — Chloroformisation ; — Fractures de la clavicule ; — Pleurésie aiguë ; — Cathétérisme de la vessie chez l'homme ; — Des appareils plâtrés ; — Fièvre typhoïde (signes et diagn.) ; — Furoncle ; — Epistaxis ; — Vésicatoires ; — Saignée ; — Vaccine et vaccination ; — Symptômes et diagnostic de la scarlatine ; — Du lavement.

Concours de 1890. — 1° *Anatomie* : Artère humérale ; — Fléchisseurs commun, superficiel et profond des doigts et long fléchisseur du pouce ; — Clavicule : articulation tibio-tarsienne ; — Rapports de l'estomac ; Rapports du foie ; — Crosse de l'aorte ; — Muscles de la région antérieure de la jambe ; — Artères axillaires ; — Rapports des reins ; — Os maxillaire inférieur ; — Rapports des poumons ; — Rapports du rectum ; — Rapports de l'œsophage ; — Ligaments de l'articulation du genou.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Saignée ; — Appareil plâtré pour fracture de jambe sans plaie ; — Symptômes de l'ascite ; — Fractures de l'extrémité inférieure du radius ; — Cathétérisme de l'urètre chez l'homme ; — Signes de la pneumonie franche et aiguë ; — Fractures de la clavicule ; — Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominale (1) ; — Vaccination contre la variole ; — Symptômes de la pleurésie ; — Fractures de l'extrémité inférieure du péroné ; — Symptômes et diagnostic de la scarlatine ; — Anthrax ; — Epistaxis ; — Blennorrhagie aiguë.

Concours de 1891. — 1° *Anatomie* : Configuration extérieure et rapports du cœur ; — Muscles masticateurs ; — Fosses nasales. — Sacrum et coccyx ; — Artères de la main ; — Muscles de la région antéro-externe de la jambe ; — Rapports de la vessie ; — Veines supérieures du membre inférieur ; — Occipital ; — Grand et petit obliques de l'abdomen ; — Rapports du foie ; — Artère sous-clavière ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Os maxillaire inférieur ; — Artère axillaire ; — Muscle diaphragme ; — Articulation radio-carpienne ; — Brûlures ; Saignée au pli du coude ; — Articulation coxo-fémorale ; — Atlas et axis ; — Articulations de la clavicule ; — Aorte abdominale ; — Muscles fessiers ; — Rapports des reins.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme ; — Lavage de l'estomac ; — Pneumonie ; — Vaccination contre la variole ; — Injections hypodermiques ; — Ponctions exploratrices ; — Tamponnement des fosses nasales ; — Hydarthrose ; — Signes et diagnostic de la phtisie pulmonaire à la 3e période ; — Technique de l'autopsie des cavités abdominale et thoracique ; — Anthrax ; — Erysipèle ; — Ventouses ; — Anesthésie locale ; — Ligature et pansement du cordon ombilical ; — Recherches de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines ; — Appareils plâtrés pour fractures de jambes.

Concours de 1892. — 1° *Anatomie*. — Crosse de l'aorte ; — Face inférieure du foie (conf. ext. et rapports) ; — Biceps brachial et brachial antérieur ; — Tiers supérieur du fémur ; — Muscles masticateurs ; — Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs ; — Surfaces articulaires et ligaments de l'articulation du coude ; — Muscle psoas iliaque ; — Paroi osseuse des fosses nasales ; — Trachée (config. extérieure et rapports) ; — Cœur (config. ext. et rapports) ; — Os maxillaire inférieur ; — Config. ext. et rapports du rectum ; — Artère fémorale ; — Muscles fessiers ; — Veines superficielles du membre supérieur ; — Muscles de la patte d'oie (cout., 1/2 tend., d. interne) ; — Astragale et calcanéum ; — Aorte abdominale ; — Paroi osseuse de l'orbite ; — M. de la région antéro-latérale de la jambe ; — Surf. art. et lig. de l'art. du genou ; —

(1) Le concours de l'externat commence à la fin du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(2) Voir les questions données au concours de 1872 à 1885 inclusivement dans les *Numéros des Etudiants* de 1883 à 1886.

(1) Voir Bourneville et Bricon : *Manuel de technique des autopsies*.

Veines jugulaires; — Poumons (conf. ext. et rapports); — Rapports de l'estomac; Artères de la main.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie.* — Signes de la pneumonie franche aiguë; — Vésicatoires; — Appareil plâtré; — Des injections sous-cutanées; — Recherche de l'albumine et du sucre dans les urines; — Pansements antiseptiques; — Signes locaux des épanchements pleuraux; — Signes des fractures; — Lavage de l'estomac; — Manière de faire une autopsie; — Chloroformisation; — Rougeole (signes et diagnostic); — Vaccination; — Furoncles; — Entorses; — Ventouses; — Erysipèle de la face; — Lavement; — Manière de faire la trachéotomie.

Concours de 1893. — 1° *Anatomie*. Rapports du cœur; — Triceps brachial; — Omoplate; — Muscles de la région postérieure de la cuisse; — Vertèbres dorsales; — Articulation radio-carpienne; — Configuration extérieure et rapports de l'estomac; — Rapports de la vessie chez l'homme et chez la femme; — Articulation tibio-tarsienne; — Artères de l'avant-bras; — Muscles de la région postérieure de la cuisse; — Vertèbres dorsales; — Muscles péroniers latéraux; — Configuration ext. et rapports des poumons; — Muscle psoas iliaque; — Configuration ext. et rapports de l'œsophage; — Artères de la jambe; — Crosse de l'aorte; — Veine cave inférieure; — Muscles fessiers; — Config. ext. et rapports de la face inférieure du foie; — Config. ext. et rapports de la trachée; — Rapports des reins.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie*: Symptômes de la pneumonie franche; — Symptômes de la fièvre typhoïde; — Sympt. et diagn. de la scarlatine; — Sympt. et complic. du rhumatisme articulaire aigu; — Fracture de l'extrémité inférieure du radius; — Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse; — Cathétérisme évacuateur de la vessie chez l'homme; — Symptômes et diagnostic de la variole; — Fractures de la clavicule; — Symptômes de la péritonite aiguë; — Chloroformisation; — Ascite; — Anthrax; — Signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique; — Symptômes de l'étranglement herniaire; — Angine diphtérique; — Fractures de la rotule; — Examen clinique des urines; — Symptômes et diag. de la pleurésie purulente; — Epistaxis; — Signes de la grossesse; — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1894. — 1° *Anatomie*: Fosses nasales; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien; — Maxillaire inférieur; — Articulation de l'épaule; — Artère maxillaire; — Vertèbres dorsales; — Rapports de l'estomac; — Veines superficielles du membre inférieur; — Muscles psoas iliaque; — Artères de l'avant-bras; — Cavités orbitaires; — Artère poplitée; — Muscle diaphragme; — Artère carotide externe; — Os occipital; — Configuration et rapport du rectum; — Configuration extérieure du cœur; — Trous de la base du crâne; — Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen; — Muscles élévateurs de la mâchoire inferieure; — Muscles fessiers; — Articulation temporo-maxillaire; — Crosse de l'aorte; — Configuration et rapports des poumons; — Articulation de la hanche; — Ligaments de l'articulation du genou; — Configuration extérieure et rapports du foie; — Fosses nasales; — Muscles péroniers latéraux; — Articulation sterno-claviculaire. — *Pour les vétérans*: Configuration extérieure et rapports du cœur; — veine porte; — Artères pulmonaires; — Canal inguinal chez l'homme; — Veines jugulaires.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie*: De l'ascite; — Chloroformisation et accidents; — Anthrax; — Fractures de l'extrémité inférieure du radius; — Phlegmon diffus; — Symptômes de la fièvre typhoïde; — Epistaxis; — Analyse clinique des urines; — Fractures de la clavicule; — Symptômes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë; — Symptômes et diagnostic du cancer de l'estomac; — Signes et complications de la rougeole; — Signes et diagnostic de la coxalgie; — Vaccine et vaccination; — Signes et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu; — Erysipèle de la face; — Symptômes et diagnostic de la fièvre scarlatine; — Péritonite iaguë généralisée; — Insuffisance aortique; — Etranglements herniaires; — Délivrance; — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse

Concours de 1895. — 1° *Anatomie*: Crosse de l'aorte; — Articulation tibio-tarsienne; — Extrémité inférieure du radius et du cubitus; — Muscles masticateurs; — Artère sous-clavière; — Os maxillaire supérieur; — Muscles obturateurs; — Caractères distinctifs des vertèbres cervicales; — Ligaments de l'articulation du genou; — Muscles de l'éminence thenar; — Tronc cœliaque; — Rapports de l'estomac; — Muscles long et court fléchisseur du gros orteil; — Ligaments qui unissent l'os sacrum à l'os iliaque; — Configuration extérieure de la portion pétreuse de l'os temporal; — Artère carotide externe; — Configuration extérieure et rapports de l'œsophage; — Calcanéum et cuboïde; — Muscles du pied; — Ligament large; — Artères du pied; — Tronc de la veine cave inférieure; — Long et court supinateur; — Nerf médian; — Cordon spermatique.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie*: Fractures du péroné; — Epistaxis (causes et traitement); — Oreillons; — Complications et traitement des fractures compliquées de la jambe; — Ulcère variqueux de la jambe; — Symptômes, marche et complications des anévrysmes artériels circonscrits; — Etiologie, symptômes et traitement du phlegmon diffus; — Manuel opératoire du cathétérisme évacuateur de la vessie; — Description, signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la troisième période; — Luxation de la mâchoire; — Complication et traitement de la blennorrhagie; — Erysipèle de la face; — Examen chimique des urines; — Le panaris; — Thoracentèse; — Mal de Pott; — Causes, symptômes et traitement de la pleurésie purulente; — Cancer de l'utérus; — Symptômes et diagnostic de la grossesse simple; — Signes et diagnostic de la fièvre scarlatine; — Signes, diagnostic et traitement de l'hydrocèle vaginale; — Les adénites suppurées.

Concours de 1896. — *Anatomie.* — Nerf radial; rapports du duodénum; articulation tibio-tarsienne; artères de la main; muscle grand oblique de l'abdomen; configuration intérieure du cœur; description de la face inférieure de l'encéphale; vésicule biliaire; omoplate; prostate; muscle psoas-iliaque; enveloppes du testicule; muscles moteurs du globe oculaire; muscles fléchisseurs communs des doigts; veines superficielles du membre inférieur; artère humérale et ses branches; configuration extérieure et rapports du rein; os occipital; os maxillaire inférieur; configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie; veine cave inférieure; ligaments et synoviales de l'articulation du genou; muscles péroniers latéraux; configuration extérieure et rapports des poumons. Muscles péroniens latéraux; description macroscopique et rapports de l'œsophage; muscles de la région sus-hyoïdienne; veines jugulaires; tiers supérieur du fémur; artère poplitée et ses branches; description macroscopique de l'utérus en dehors de la grossesse.

Pathologie. — Fractures de la rotule; de la chloroformisation et de ses accidents; hémoptysies; signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou; désinfection des mains de l'opérateur et du champ opératoire; complications du rhumatisme articulaire aigu; foyers d'auscultation du cœur et souffles qu'on y entend; différentes formes de traitement des fractures de jambes: signes et complications de la blennorrhagie chez l'homme; de la signification clinique des différents râles dans les maladies des bronches et des poumons; avec quoi peut-on confondre l'ascite? Signes de la syphilis; des renseignements donnés par la palpation et la percussion dans les maladies de la plèvre et du poumon; signes de la cirrhose atrophique de Laënnec; signes et diagnostic du cancer de la langue; signes et diagnostic du cancer de l'estomac; complications de la rougeole; signes et diagnostic de l'angine diphtérique; signes de la coxalgie; signes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac; traitement de l'angine diphtérique et du croup; de l'examen des crachats; séméiologie de la langue; de la délivrance et de ses affections; étant donné un genou augmenté de volume, discuter le diagnostic possible; examen clinique des urines; signes physiques de la pleurésie avec épanchement.

Concours de 1897.—*Anatomie.* — Surfaces articulaires et ligaments de l'épaule; maxillaire inférieur; muscle psoas-iliaque; articulation tibio-tarsienne; nerf cubital; parois osseuses des fosses nasales; muscles masticateurs; artère poplitée et ses branches; péroniers latéraux; tronc cœliaques et ses branches; veines jugulaires; nerf radial; ligaments et synoviale de l'articulation du genou; nerf médian; configuration extérieure et rapports de l'œsophage; muscles de la main; muscles de la région antéro-latérale de l'abdomen; artère fémorale et ses branches; os iliaque; artères de la jambe et du pied; sciatique poplité externe et sciatique poplité interne; parois osseuses de l'orbite; calcanéum et astragale; articulation temporo-maxillaire; vulve et vagin; articulations occipito-atloïdienne, atloïdo-axoïdienne; oreillette et ventricule droit; région anale.

Pathologie. — Le pansement aseptique et antiseptique; causes et symptômes de la péritonite aiguë; symptômes et marche de la pneumonie franche; panaris; fracture de l'extrémité inférieure du radius; manière de faire une autopsie: ascite; symptômes, complications et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu; symptômes de la tuberculose pulmonaire chronique; fractures de côtes; signes et complications de l'érysipèle; des différents modes d'anesthésie générale et locale; causes et signes de la fièvre typhoïde; examen clinique des urines; fracture de la rotule; hydarthrose; épistaxis; cathétérisme évacuateur de l'urètre; hydrocèle; symptomes et diagnostic de l'angine diphtérique; varices; saignée (indications et manuel opératoire); fractures de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe; les lavements; fistules à l'anus; toucher rectal; délivrance.

Concours de 1898. — *Anatomie.* — Crosse de l'aorte ; muscles pectoraux ; os maxillaire inférieur ; articulation scapulo-humérale ; rapports de l'estomac ; extrémité supérieure du fémur ; calcaneum et astragale ; configuration extérieure et rapports de la trachée ; muscles antérieurs et externes de la jambe ; os occipital ; nerf cubital ; artères de la main ; muscle diaphragme ; rapports de la vessie ; muscle sterno-mastoïdien ; omoplate ; muscles psoas-iliaque et petit psoas ; parois osseuses des fosses nasales ; muscle trapèze ; rapports des reins ; configuration et rapports du cœur ; nerf cubital ; anatomie du testicule ; région anale ; du périoste.

Pathologie. — Fractures de côtes ; signes physiques de la pleurésie avec épanchement ; fractures du péroné ; érysipèle de la face ; causes et signes de l'ascite ; ponction abdominale ; examen clinique des urines ; épistaxis et son traitement ; symptômes et marche de la fièvre typhoïde ; symptômes et marche de la pneumonie franche ; furoncle ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ; autopsie ; signes et complications de la rougeole ; indication, manuel opératoire et accidents du cathétérisme de l'urètre chez l'homme ; souffles cardiaques, leurs caractères, leur valeur diagnostique ; saignée ; hydarthrose du genou ; panaris ; fractures de côtes ; vaccine ; vaccination ; symptômes des cavernes pulmonaires ; brûlures ; fractures de la rotule ; diagnostic de la grossesse au début du neuvième mois ; ictère catarrhal ; luxation de l'articulation temporo-maxillaire ; délivrance.

B. — Voici maintenant les articles du règlement relatif aux *internes en médecine et en chirurgie.*

Art. 102. — Les élèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne peuvent, toutefois, prendre part à ce concours que pendant les 7 années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai. Par exception, ce délai pourra être augmenté d'une année pour les internes provisoires en exercice ; mais cette exception ne s'appliquera qu'à ceux de ces internes provisoires qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 juin 1878 Les candidats au concours de l'internat ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes : 1° un certificat constatant leurs services en qualité d'externes, au moins depuis le 1er février précédent, sans interruption motivée ; 2° des certificats délivrés par les médecins, chirurgiens et accoucheurs, et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, établissant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite ; 3° un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de médecine, et constatant la date de la prise de leur première inscription.

Art. 121. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets ; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le Jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements. Le maximum des points à attribuer, pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points, 15 pour l'anatomie et 15 pour la pathologie ; pour l'épreuve orale, 20 points.

Questions écrites données dans ces dernières années.— 1861. Structure du rein ; hématurie. — 1862. Région inguinale, signes et diagnostic de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical. — 1863. Muscles intercostaux, leurs usages, fracture des côtes. — 1864. Cordon testiculaire ; varicocèle et son traitement. — 1865. Diaphragme ; pleurésie. — 1866. Veine porte ; ascite. — 1867. Artères des intestins ; Signes et diagnostic des hémorragies intestinales. — 1868. Muscles intrinsèques du larynx ; caractères différentiels des laryngites. — 1859. Médiastin postérieur ; diagnostic du pneumothorax. — 1871. Trachée et bronches ; corps étrangers des voies aériennes. — 1872. Vertèbres cervicales ; signes et diagnostic du mal de Pott. — 1873. Circulation du foie ; cirrhose. — 1874. Rapports de l'œsophage ; ses rétrécissements. — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cæcum ; ulcérations intestinales. — 1877. Vaisseaux sanguins du poumon ; gangrène pulmonaire. — 1878. Structure du rein ; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie. — 1879. Testicule ; affections tuberculeuses du testicule. — 1880. Voile du palais ; érysipèle spontané de la face.—1881. Col de l'utérus ; polypes de l'utérus. — 1882. Nerf récurrent ; anatomie pathologique ; signes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire. — 1883. Région poplitée ; gangrène sénile. — 1884. Voies biliaires (anatomie et physiologie) ; symptômes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. — 1885. 1er concours : Rapports de l'estomac et du duodénum ; anatomie pathologique, symptômes et diagnostic du choléra asiatique ; — 2e concours : Circonvolutions de la face externe du cerveau ; cours et signes de l'hémiplégie. — 1886. Grand épiploon ; signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — 1887. Veines jugulaires ; érysipèle de la face. — 1888. Triangle de Scarpa ; symptôme et diagnostic de l'étranglement herniaire. — 1889. Muqueuse de l'utérus ; Diagnostic différentiel des métrorrhagies. — 1890. Pancréas (An. et Phys.) ; Diagnostic de l'ulcère rond de l'estomac. — 1891. Articulation tibio-tarsienne ; périostite phlegmoneuse diffuse. — 1892. Diaphragme (An. et Phys.) ; symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. — 1893. Cæcum ; abcès péri-cæcaux. — 1894. Voies biliaires intra et extra-hépatiques ; symptômes et complications de la lithiase biliaire. — 1895. Nerfs de la langue ; symptômes et diagnostic du cancer de la langue. — 1896. Origine et tronc de la veine porte ; perforation intestinale. — 1897. Plèvre ; cancer de l'œsophage. — 1898. Anatomie de l'S iliaque. Diagnostic anatomique et clinique des cavernes pulmonaires. — 1899. Nerf maxillaire supérieur ; complications du diabète.

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales (1).

Concours de 1890. — Pancréas (Anatomie et physiologie) : diagnostic différentiel de l'ulcère de l'estomac ; — Fosse iliaque ; phlegmon de la fosse iliaque ; — Circulation veineuse intra-cranienne ; méningite tuberculeuse ; — Vaisseaux et nerfs du pied ; causes, signes et diagnostic du mal perforant ; — Région parotidienne ; oreillons ; — Lobule hépatique ; symptômes du diabète sucré ; — Nerf récurrent ; séméiologie des crachats ; — Ligaments de l'articulation de la hanche ; symptômes de la coxalgie ; — Prostate ; infiltration d'urine : — Muscles et nerfs du voile du palais ; signes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens ; — Articulation de la tête avec la colonne vertébrale ; diagnostic de la présentation du sommet, au terme de la grossesse ; — Dure-mère rachidienne ; causes, symptômes et diagnostic de la compression de la moelle épinière.

Concours de 1891. — Couches optiques ; Embolie cérébrale.— Voies lacrymales ; inflammations aiguës des voies lacrymales. — Nerf récurrent ; œdème de la glotte. — Synoviales des doigts de la main ; synovite chronique de ces gaines. — Nerf phrénique ; pleurésie diaphragmatique. — Villosités intestinales ; perforations de la fièvre typhoïde. — Ganglions de l'aine ; s. et d. de la hernie crurale étranglée. — Canal thoracique ; gangrène pulmonaire. — Péritoine pelvien ; insertions vicieuses du placenta. — Pylore ; gastrorrhaphie. — Ombilic : signes, complications et traitement de l'avortement. Glande sous-maxillaire et son canal excréteur ; causes, signes et diagnostic du phlegmon sus-hyoïdien. — Amygdales ; syphilis de la langue. — Endocarde ; asystolie. — Conformation extérieure et rapports du bulbe rachidien ; causes, signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1892. — Crosse de l'aorte ; symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Artère fémorale ; signes de la coxalgie. — Bassinet et uretères ; signes et diagnostic de la colique néphrétique. — Muscles masticateurs ; s. et d. des paralysies faciales. — M. du larynx ; laryngite striduleuse. — Col de l'utérus ; s. et traitement de l'éclampsie puerpérale. — Hile du poumon ; symptômes du pneumothorax. — Rapports du pharynx ; abcès rétro-pharyngiens. — Veine porte ; s. et d. de la cirrhose atrophique alcoolique. — Creux poplité ; névralgie sciatique. — Veines jugulaires ; symptômes de la méningite tuberculeuse. — Région ombilicale ; symptômes du cancer de l'estomac. — Canal inguinal ; s. et diagn. de la tuberculose testiculaire. — Veines saphènes ; causes et symptômes de la phlegmatia alba dolens. — Rapports du cœur ; signes et diagn. de la néphrite interstitielle.

Concours de 1893. — Orifice aortique ; symptômes et diagnostic de l'angine de poitrine. — Vaisseaux et nerfs de la plante du pied ; causes, signes et diagnostic du mal perforant plantaire. — Plèvre pariétale ; signes et diagnostic du cancer pleuropulmonaire. — Artères rénales ; complications rénales de la scarlatine. — Orifice mitral ; pathogénie et signes de l'apoplexie pulmonaire. — Articulation sterno-claviculaire ; pathog. et signes du torticolis musculaire chronique. — Racines rachidiennes ; signes et marche des fractures de la colonne vertébrale. — Branche ophtalmique de Willis ; zona ophtalmique. — Portion membraneuse de l'urètre ; complications des rétrécissements de l'urètre. — Artères de la région du coude et leurs anastomoses ; signes et diagnostic des luxations du coude en arrière. — Vaisseaux et nerfs de l'utérus ; signes et diagnostic de la grossesse au cinquième mois. — Cornée transparente ; signes et diagnostic de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Vésicule biliaire ; complication de la lithiase biliaire ; — Bronches extra-pulmonaires ; corps étrangers des voies aériennes.

(1) Voir pour les questions données aux précédents concours le *Numéros des Etudiants* de 1883 à 1888.

Concours de 1894. — Ganglions trachéo-bronchiques; adénopathie trachéo-bronchique. — Pancréas; complications nerveuses du diabète sucré; — Villosités intestinales; entérite tuberculeuse. — Tubes urinifères; cancer du rein. — Capsules surrénales; maladie d'Addison. — Artères coronaires; angine de poitrine. — Creux poplité; anévrisme poplité. — Muqueuse vésicale; rétention d'urine et son traitement.

Concours de 1895. — Rapports du larynx : laryngite striduleuse; Médiastin postérieur; Symptômes et diagnostic du pneumothorax partiel ; — Vésicule de De Graaf; Diagnostic des kystes de l'ovaire; — Nerf sciatique poplité externe; Plaies des nerfs; — Rapports de l'œsophage; Rétrécissements cancéreux de l'œsophage; — Sacrum; — Manuel opératoire, difficultés et accidents de la version podalique; — Parois osseuses des fosses nasales; Symptômes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens; — Artères de la jambe; Phlegmatia alba dolens; — Glotte; Diagnostic et indications thérapeutiques du croup; — Arrière cavité des épiploons; Signes et valeur séméiologique de l'ascite ; — Rapports de l'œsophage; Rétrécissement cancéreux de l'œsophage; — Cordon séminal; Kyste du cordon; — Rapport de la carotide; Oreillons; — Muscles de l'éminence thénar; Symptômes et diagnostic des paralysies saturnines; — Rapports de l'uretère; Symptômes, diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale; — Les oreillettes du cœur; — Etiologie, signes et diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne.

Concours de 1896. — Nerf phrénique; symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente. — Canal inguinal; hernie inguinale congénitale chez l'homme. — Muqueuse utérine à l'état de vacuité; signes de la grossesse normale. — Glande sous-maxillaire ; stomatite mercurielle. — Rapports de la crosse de l'aorte; signes et complications de l'anévrisme de l'aorte. — Rapports du rein; coliques néphrétiques. — Creux poplité : arthrite blennorrhagique. — Veine jugulaire interne ; symptômes de l'hémorragie cérébrale. — Valvules auriculo-ventriculaires (droite et gauche); rétrécissement mitral. — Cordon ombilical; délivrance à terme. — Rapports de la trachée; signes de la gangrène pulmonaire. — Portion extra-cranienne du nerf facial ; signes et diagnostic du tétanos (1).

Concours de 1897. — Col de l'utérus; symptômes et diagnostic des corps fibreux de l'utérus. — Muscles grands droits de l'abdomen et leur gaine; signes, diagnostic et traitement préventif du tétanos. — Muqueuse de l'estomac; Formes cliniques et diagnostic de l'urémie. — Rapports de la glande parotide; paralysies diphtéritiques. — Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne; signes, diagnostic et traitement des fractures bi-malléolaires. — Vaisseaux sanguins du cœur; symptômes, diagnostic et pronostic du rachitisme. — Epiploon gastro-hépatique; diagnostic de l'occlusion intestinale. — Muscles intrinsèques du larynx; signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. — Lèvres, chancre induré. — Trompes; abcès du sein. — Racines rachidiennes ; causes, symptômes et diagnostic de la chorée. — Trompes utérines; causes, signes et diagnostic des abcès du sein. — Artère axillaire; zona. — Nerf sciatique poplité externe; panaris. — A la suite de la dernière séance, une épreuve supplémentaire a eu lieu entre les trois candidats qui avaient obtenus le maximum des points, soit 46 1/2. — Questions proposées : Eléments figurés du sang; signes diagnostiques de la grippe.

Concours de 1898. — Anatomie du nerf phrénique; causes et symptômes de la péricardite avec épanchement. — Trompes utérines; signes de la grossesse au cinquième mois. — Vésicule biliaire; colique hépatique. — Capsules et ligaments de l'articulation coxo-fémorale; fractures au col du fémur. — Configuration et rapports de la rate; fièvre typhoïde au huitième jour. — Artère de la base de l'encéphale; symptômes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale. — Nerf radial; signes et diagnostic de la luxation du coude en arrière. — Rapports du poumon gauche; signes et diagnostic de l'emphysème pulmonaire.

Prix de l'Internat. — Nous devons ajouter que, tous les ans, il est ouvert pour les prix à décerner aux internes qui terminent leur quatrième année d'exercice deux concours distincts portant : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements.

Questions posées à ces concours jusqu'en 1887. Concours de 1877 : *Glandes de la muqueuse stomacale*; *Valeur séméiologique de l'hématémèse* (1re division). — *Anatomie du lobule pulmonaire*; *emphysème pulmonaire* (2e division). — Concours de 1878 : *Glandes du gros intestin, anatomie et physiologie*; *Diagnostic et traitement du cancer de l'intestin* (1re division). — *Anatomie et physiologie du corps thyroïde*; *symptômes et physiologie de la maladie de Basedow* (2e division). — Concours de 1879 : *Structure et physiologie des reins*; *thromboses veineuses* (1re division). — *Anatomie et physiologie des nerfs du cœur*; *causes et symptômes de l'asystolie* (2e division). — Concours de 1880. *Structure des ganglions lymphatiques*; *leucocythémie* (1re division). — *Des glandes de l'intestin grêle : diagnostic et traitement de l'invagination intestinale* (2e division). — Concours de 1881 : *Vaisseaux capillaires*; *embolies capillaires* (1re division); — *Artères du cerveau*; *paralysie générale* (2e division). — Concours de 1882 : *Uretère, sécrétion urinaire*; *phlegmon périnéphrétique* (1re division) ; — *Muqueuse de l'estomac, anatomie et physiologie*; *ulcère simple de l'estomac* (2e division). — Concours de 1884. Epreuves écrites : *Cellule hépatique; accidents du diabète* (1re division); — *Valvule iléo-cæcale*; *symptômes, diagnostic et traitement de l'étranglement interne* (2e division). — Epreuve orale : *Luxation congénitale de la hanche*; *accidents nerveux du saturnisme* (1re division); — *Hernie inguinale*; *hydrocèle vaginale*; *paralysie de la troisième paire* (2e division). — Concours de 1885. Epreuves écrites (1re division) : *Col de la vessie et tumeurs de la vessie*; — (2e division) : *Périoste et ostéomyélite phlegmoneuse diffuse*. — Epreuves orales : *Rétrécissement de l'artère pulmonaire* (1re division); — *Symptômes et diagnostic des kystes de l'ovaire*; *bronchite capillaire* (2e division). — Concours de 1886. Epreuves écrites (1re division) : *Structure des veines*; *phlébite*. — (2e division) : *Conformation extérieure et rapports du foie*; *kystes du foie*. — Epreuves orales : *Luxation traumatique de la hanche*; *rhumatisme cérébral* (1re division). — *Mal de Pott sous-occipital*; *causes, signes et marche de la paralysie faciale* (2e division).

L'année suivante, le concours de la première division a été supprimé. Concours de 1887 : (Les internes de 4e année seulement ont pris part à ce concours, qui était facultatif). Epreuve écrite : *Pylore*; *dilatation de l'estomac*. Epreuve orale : *De l'hématocèle vaginale*.

A partir de 1888, le *Concours des Prix de l'Internat* est dédoublé (voir Bulletin du *Numéro des Etudiants*, 1887 et *Progrès méd.*, 1888, 1re sem. p. 89) en deux concours, portant les noms de *Concours de la médaille d'or pour la médecine* et *Concours de la médaille d'or pour la chirurgie* ou de *Concours des Bourses de voyages*. Désormais il y a donc deux concours : un pour les *internes en chirurgie* de 4e année; l'autre pour les *internes en médecine* de 4e année. Ces deux concours, pour 1888, ont eu lieu en décembre.

Questions qui ont été posées en 1891. — *Section de médecine* : Question écrite : *Des artérites cérébrales*. Question orale : *Oreillons*. — *Section de Chirurgie* : Question écrite : *Œsophage* (Anat. et Phys.); *rétrécissement non cancéreux de l'œsophage*.

Concours de 1892. — *Section de Médecine* : Question écrite : *Anatomie et physiologie de la terminaison des nerfs moteurs et des origines des nerfs de la sensibilité générale; paralysie toxique*. Question orale : *Les angines de poitrine*. — *Section de Chirurgie* : Question écrite : *Mamelles, anatomie et histologie*; *cancer du sein*. Question orale : *Cancer du larynx*. — Concours de 1893. Section de Médecine : *Scarlatine maligne*. Section de Chirurgie : *Anatomie de la vésicule biliaire; thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire*. — Concours de 1894. — Section de Médecine : *Anatomie histologique et pathologique des capsules surrénales*.

Concours de 1897. — *Section de Médecine* : Epreuve écrite : *Faisceau pyramidal; ses contractures* : Question orale : *Gangrènes diabétiques*. — *Section de chirurgie* : Epreuve écrite : *nerfs de la paume de la main*; *plaies des nerfs* : Question orale : *Fractures bi-malléolaires*.

Concours de 1898. — *Section de médecine* : Epreuve écrite : *Globules blancs, leucocytose* : Question orale : *Des gangrènes dans la fièvre typhoïde*. — *Section de chirurgie et accouchements* : Epreuve écrite : *Canal inguinal des épiplocèles* : Question orale : *Hématocèle rétro-utérine*.

En raison de l'augmentation progressive des *services d'accouchement*, et par conséquent du nombre des internes, il conviendrait, à notre avis, de créer prochainement une *bourse de voyage* pour les internes des services d'accouchement. Il y aurait, alors, *trois bourses de voyage* : médecine, chirurgie, accouchement.

En dehors de ces prix, il en existe certains autres dus à des fondations, et dont la plupart sont accordés à celui qui est arrivé premier lors du concours de l'internat. Ces prix sont les suivants : *Prix Arnal* : Livres et instruments donnés au premier externe nommé au concours. Valeur 450 fr. — *Prix Dusol* : Donné au premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Prix Godard* : Boîte ou trousse d'instruments au premier interne nommé au concours. Valeur 200 fr. — *Prix Barbier* : Au premier interne nommé au concours sous la condition qu'il sera attaché au service chirurgical de la Charité. Valeur 1.250 fr. environ. — *Prix Burlaud* : Donné à l'un des trois internes reçus 5e, 6e ou 7e au concours et qui sera désigné par le sort. Valeur

(1) Les questions de 1899 seront publiées dans les numéros suivants du *Progrès médical*.

500 fr. (payables par trimestres ; d'ordinaire, les trois élèves partagent le prix). — *Prix Civiale* : Prix biennal de 1,000 fr., à l'interne, titulaire ou provisoire, auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

Les renseignements qui précèdent montrent combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — Avant 1882 : 1re et 2e années, 500 fr. ; 3e année, 600 fr. ; 4e année, 700 fr. Depuis le 1er janvier 1882, à la suite d'une proposition de M. Bourneville, adoptée par le Conseil municipal, les indemnités sont les suivantes : 1re année, 600 fr. ; 2e année, 700 fr. ; 3e année, 800 fr. ; 4e année, 1,000 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 600 fr. — Dans les hôpitaux excentriques (Tenon, Bichat, Broussais, Hérold, Sainte-Périne) et dans les hospices extra-muros (Bicêtre, Ivry, Ménages) ils reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement calculée à raison de 300 fr. par an. — Le nombre des places vacantes est d'ordinaire de 50 à 60 ; celui des candidats de 500 environ ; celui des copies remises de 400 environ.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, etc., les externes ne reçoivent aucune indemnité ; — 2° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Trousseau et Saint-Louis, etc.), les externes ont une indemnité de un franc par jour. — A la Maison de Santé, les externes ont une indemnité individuelle de 300 fr. — Enfin, à Tenon, à Bichat, etc., les externes, vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnellement, comme nous l'avons dit, une indemnité de 50 fr. par mois.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.

En raison de l'importance de l'assistance publique à Paris, de la distribution des secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers, il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à cette Administration le service des Enfants assistés et des Aliénés. Mais, en 1873, l'Administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des Aliénés. Il s'ensuit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux Administrations de l'Assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés, siégeant à la Préfecture de la Seine. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année ; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe (1).

En attendant la réalisation de cette réforme si désirable, nous croyons utile de donner les conditions relatives à l'*internat des asiles*. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours.

L'Internat en médecine des Asiles.

Le Concours de l'Internat. — Peuvent prendre part au concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de 30 ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus au moins de seize inscriptions, prises dans les Facultés de l'Etat. Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (Bureau des aliénés), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau. Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° un acte de naissance ; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° un *certificat de revaccination* (2) ; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune ou le commissaire de police de son quartier ; 5° un certificat constatant qu'il est pourvu de 16 inscriptions en médecine.

Epreuves. — Epreuve d'admissibilité : 1° Une épreuve écrite de trois heures, sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire, si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive : 2° Une épreuve orale de quinze minutes, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. — Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury, avant l'ouverture de chaque séance.

Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort, à l'ouverture de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires. La durée de leurs fonctions est de trois ans. Les fonctions d'interne dans les asiles d'aliénés de la Seine sont incompatibles avec les fonctions d'interne ou d'externe dans les hôpitaux, hospices et autres établissements.

Il est nommé, à la suite du Concours et dans l'ordre de mérite, *des internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.* — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er février. — Les internes provisoires pourront se représenter au Concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. — L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

Questions posées. — Voici les questions écrites et orales données aux concours de 1883 à 1898, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. — C. de 1883 : *Cordon postérieur de la moelle* (anatomie et physiologie). — C. de 1884 : *Nerf récurrent* (anatomie et physiologie). — C. de 1885 : *Racines des nerfs rachidiens.* — C. de 1886 : *Artères de l'encéphale ; circulation cérébrale.* — C. de 1887 : *Pneumogastrique* (anat. et physiologie). — C. de 1888 : *Cordons postérieurs de la moelle* (anat. et physiol.). — C. de 1889 : *Pie-mère ; liquide céphalo-rachidien* (anat. et physiologie). — C. de 1890 : *Nerf hypoglosse* (anat. et physiologie). — C. de 1891 : *Lobes frontaux et pariétaux du cerveau* (anat. et physiologie). — C. de 1892 : *Cordons postérieurs de la moelle* (anat. et physiologie). — C. de 1893 : *Nerfs moteurs de l'œil* (anat. et physiologie). — C. de 1894 : *Nerf spinal* (anat. et physiologie). C. de 1895 : *Substance grise de la moelle* (anat. et physiologie). — C. de 1896 : *Plexus brachial* (anat. et physiologie). — C. de 1897 : *Nerfs de la main* (anat. et physiologie). — C. de 1898 : *Sillon de Rolando* (anat. et physiologie).

Questions orales. — Concours de 1885 : *Signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; — Fractures compliquées des jambes ; — Des symptômes des épanchements liquides de la plèvre ; — Des hydarthroses du genou ; — Symptômes et complications de la fièvre scarlatine ; — Des fractures de côtes.* — Concours de 1886 : *Symptômes et marche de la scarlatine régulière ; anthrax ; — Signes et diagnostic de la première période de la phtisie pulmonaire ; — fractures de la clavicule ; — Signes et diagnostic de la péritonite aiguë ; — Fractures de la rotule.* — Concours de 1887 : *Valeur séméiologique de l'hémoptysie ; — Signes et diagnostic des luxations de l'épaule ; — Causes et signes du pneumothorax ; Fractures de la clavicule.* — C. de 1888 : *Luxation de l'épaule ; Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Fracture compliquée de la jambe ; Erysipèle de la face* (signes et diagnostic). — *Hernie crurale étranglée ; Rhumatisme articulaire aigu* (signes et diagnostic). — *Plaie pénétrante de l'abdomen* (symptômes et complications) ; *Typhlite.* — C. de 1889 : *Causes et diagnostic de l'hémoptysie ; symptômes et diagnostic de la hernie étranglée. — Scarlatine ; fracture du col du fémur. — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; Symptômes et diagnostic des anévrismes externes. — Signes et diagnostic de la pleurésie purulente ; Plaies de la poitrine ;* — C. de 1890 : *Pneumonie du sommet ; panaris.* — Concours de 1891 : *Symptômes et diagnostic de l'endocardite ulcéreuse ; Symptômes et diagnostic de*

(1) Pour parler plus exactement, il faudrait dire *quatre* administrations. En effet, la Préfecture de police dirige des établissements ressortissant dans une certaine mesure à l'Assistance publique et la Direction des affaires municipales a une série d'établissements qui auraient pu être légitimement rattachés à l'Assistance : asiles de nuit, refuges-ouvroirs, colonies agricoles, stations de voitures d'ambulances, asiles pour les femmes enceintes, etc.

(2) Nous avons enfin obtenu gain de cause sur ce point, comme nous l'avons déjà obtenu, non sans peine, pour le concours de l'internat des hôpitaux ; il ne devrait pas y avoir de décès par la variole dans les hôpitaux. Le ministre de l'instruction publique a enfin prescrit la revaccination de tous les étudiants en médecine ; cette mesure devrait être appliquée à tous les étudiants à l'entrée de toutes les Facultés.

la fracture du col du fémur. — Complications de la scarlatine; Symptômes et diagnostic du mal de Pott. — Symptômes et diagnostic de l'urémie; Diagnostic des fractures de la base du crâne. — Symptômes et diagnostic de la gangrène pulmonaire; Abcès rétro-pharyngiens. — C. de 1892 : *Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë; Hernie crurale. — Hémoptysie; Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Insuffisance mitrale; Fractures de côtes. — Pleurésie purulente; Luxation de la mâchoire.* — C. de 1893 : *Signes et diagnostic de l'étranglement interne; — Corps étrangers de l'œsophage : — Ulcère rond de l'estomac; — Luxation de l'épaule en avant. — Pleurésie purulente; Fracture du col du fémur.* — C. de 1894 : *Urémie. Symptômes de diagnostic de l'insuffisance aortique. — Plaies de poitrine. — Pneumonie.* (*Symptômes et diagnostic*). — *Tumeur des bourses — Cancer de l'estomac. — Abcès chauds.* — C. de 1895 : *Substance grise de la moelle; anatomie et physiologie. — Coliques néphrétiques. — Etranglement herniaire. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Rougeole* (*symptômes et diagnostic*). — *Cancer du rectum. — Tumeur blanche du genou. — Hématémèse.* — C. de 1896 : *Plexus brachial* (*anatomie et physiologie*). — *Signes et diagnostic des luxations de l'épaule en avant et en dedans. — Signes et marche de la cirrhose atrophique du foie. — Diagnostic et traitement de la pleurésie purulente. — Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — Signes et diagnostic des plaies de poitrine. — Rétrécissement mitral.* — C. de 1897 : *Diagnostic des hémoptysies. — Luxation du maxillaire inférieur. — Symptômes et diagnostic des plaies pénétrantes de poitrine. — Erysipèle. — Etranglement herniaire. — Angine de poitrine. — Les brûlures.* — C. de 1898 : *Signes et diagnostic de l'urémie. — Etiologie, symptômes et diagnostic du tétanos. — Causes, signes et valeur diagnostique des hémorragies intestinales. — Signes, diagnostic et traitement des fractures du rocher. — Angine diphtérique. — Indications et manuel opératoire de la trachéotomie. — Chlorose. — Plaies de l'intestin.*

Concours pour 1899. — Le lundi 4 décembre 1899, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine vacantes au 1er janvier 1900 dans les asiles publics d'aliénés de la Seine : Asile-Clinique (Sainte-Anne), Ville-Evrard, Vaucluse et Villejuif et à l'infirmerie spéciale des Aliénés près le dépôt de la Préfecture de police. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (Bureau des aliénés), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches exceptés, de midi à 5 heures, du 6 au 18 novembre inclusivement. — Nous ne saurions trop encourager les candidats à organiser entre eux des *conférences*.

Avantages matériels. — Les avantages matériels attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture, et un traitement fixe et annuel de 800 francs à l'Asile-Clinique, et qui est porté à 1.100 francs, pour tenir compte des frais de déplacement, dans les asiles extra muros de Ville-Evrard, de Vaucluse et de Villejuif. Les internes de l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la Préfecture de police reçoivent un traitement de 1000 fr. Ils ont droit, en outre, au logement, au chauffage, à l'éclairage et à une indemnité de nourriture.

La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait, d'après l'ordre de classement établi par le jury d'examen, le 1er février seulement de chaque année. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes des Asiles de la Seine un séjour d'au moins 1 année sur 3 dans un des services de l'Asile-Clinique, à Paris, ou de celui de Villejuif situé à proximité de Paris. Un interne ne peut rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination (1).

Médaille d'or de l'Internat des asiles. — Le Rédacteur en chef de ce journal, qui demande en vain depuis longtemps que les internes des asiles soient fournis par l'Assistance publique et appartiennent au Corps de l'internat des hôpitaux, a insisté pour que le concours, dit de la médaille d'or, eût des avantages plus en harmonie avec les besoins scientifiques de notre époque et que la médaille d'or et les avantages inhérents, c'est-à-dire une prolongation de service, fussent remplacés par une *bourse de voyage*. M. Herold, préfet de la Seine, fit examiner cette proposition par une Commission spéciale qui émit un avis favorable. En conséquence, il fut pris un arrêté, que l'on trouvera tout au long dans le *Numéro des Etudiants* de 1886 (p. 937). Des concours pour la bourse de voyage ont donc eu lieu, savoir : le premier concours, le 23 novembre 1882 : M. le Dr Briand a obtenu la bourse avec 82 points, sur un maximum de 100; le deuxième, le 3 novembre 1884 : M. Vetault, interne à l'Asile-Clinique, a obtenu la bourse avec 83 points ; le troisième, le 15 novembre 1886; M. le Dr Pichon a obtenu la bourse avec 92 points. Le quatrième concours a eu lieu en novembre 1888. M. le Dr Arnaud a obtenu la bourse avec 89 points. Le cinquième concours a eu lieu le 3 novembre 1890. M. Marie a obtenu la bourse avec 96 points. Voici les questions du concours de 1890 : *Nerf moteur oculaire commun* (anatomie, physiologie et pathologie) (écrite). Epreuve clinique : *Interrogatoire et examen d'une malade.* — Malheureusement, les crédits relatifs à la bourse de voyage ont été supprimés par le Conseil général dès 1891, dans sa séance du 27 décembre. — Nous en avons demandé le rétablissement chaque année à la commission de surveillance.

(1) Il n'est résulté de cette pratique libérale aucun inconvénient pour les asiles de la Seine. Aussi ne conçoit-on pas pourquoi le même avantage n'est pas accordé aux internes des hôpitaux. (B.)

L'Internat en Pharmacie des Asiles.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1900 dans les Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine (Asile-Clinique, Asile de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif). — Le lundi 6 novembre 1899, à une heure précise, il sera ouvert, à l'Asile-Clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1900 dans lesdits établissements.

Personnel des Asiles d'Aliénés de la Seine.

I. — Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 911 lits. L'Asile-Clinique relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — *Directeur* : M. Maurice Guillot. — *Médecins, chefs de service* : MM. Bouchereau et Dubuisson (service de l'asile femmes et hommes); M. Magnan (service de l'admission). — M. Dagonet (chargé du service de la consultation et des bains externes). — *Pharmacien en chef* : M. le Dr Quesneville, agrégé à l'Ecole de pharmacie.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur Joffroy, remplissant les fonctions médicales et administratives de médecin en chef (arrêté ministériel du 13 avril 1877). Chefs de clinique : MM. les Drs Roques de Fursac et Manheimer. Chef du laboratoire d'anatomie pathologique, M. le Dr Rabaud, MM. les Drs Dumas et Serveaux, attachés au laboratoire d'expérimentation physiologique. — M. Magnan, mercredi à 9 h. 1/2, service d'alitements. L'organisation officielle du service dentaire à l'Asile, sous la direction de M. Poinsot, a été autorisée par délibération du Conseil général du 11 juillet 1887. Consultations gratuites tous les mercredis, à 10 h., dans la salle des consultations externes.

Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile-Clinique (Sainte-Anne) (dix-septième année). — Les cours ont lieu du mois d'octobre au mois de juin, les lundis et vendredis, à huit heures du soir, dans l'Amphithéatre du service de l'admission. Ils commenceront le 30 octobre, à 8 h. du soir.

Hygiène, professeur : M. le Dr Dubuisson. — *Pansements et Appareils*, professeur : M. le Dr Mauclaire. — *Physiologie*, professeur : M. le Dr Vallon. — *Anatomie*, professeur : M. le Dr Vallon. — *Petite pharmacie*, professeur : M. Thabuis, pharmacien en chef de l'asile de Vaucluse. — *Administration*, professeur : M. le Dr Taule, directeur honoraire. — Les personnes étrangères à l'établissement, qui désireront suivre ces cours gratuits, devront se faire inscrire tous les jours, de 10 h. à 4 h., à la direction de l'Asile, 1, rue Cabanis.

II. — Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), 953 lits. — *Directeur* : M. Balet. — *Médecins, chefs de service* : MM. les Drs Febvré (division des femmes); Marandon de Montyel (division des hommes); Legrain (quartier spécial des alcooliques). — *Pharmacien en chef* : M. Moureu, agrégé de l'Ecole de Pharmacie. — *Dentiste* : M. Hach, chirurgien-dentiste.

A côté de l'asile public, il existe un pensionnat qui est tout à fait distinct de l'asile et a pour médecin en chef : M. le Dr Sérieux.

III. — Asile de Vaucluse, a Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), 650 lits. — *Directeur* : M. Baudard. — *Médecins en chef* : M. le Dr Boudrie (femmes), M. le Dr Taguet (hommes). — *Pharmacien en chef* : M. Thabuis. — *Dentiste* : M. Martinier, chirurgien dentiste. — A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* pour les enfants arriérés et idiots. Elle contient actuellement 250 lits. M. le Dr Blin remplit les fonctions de médecin chef de service de la colonie. — *Dentiste* : M. Martinier, chirurgien-dentiste.

IV. — Asile de Villejuif (Seine), 1.140 lits. — *Directeur* : M. Tondu. — *Médecins, chefs de service* : M. le Dr Marcel Briand (division des femmes, 2e section) ; M. le Dr Vallon (division des hommes, 2e section). M. le Dr Toulouse (division des femmes, 1re section) M. le Dr Pactet (division des hommes, 1re section). — *Pharmacien en chef* : M. Requier. — *Dentiste de l'asile* : M. le Dr Capdepont.

V. — Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — *Directeur-médecin en chef* : M. le Dr Marie — *Médecin adjoint* : M. le Dr Vigouroux.

Chirurgiens des Asiles de la Seine : M. le Dr Pozzi, chirurgien consultant. — M. le Dr Picqué, chirurgien en chef. — M. le Dr Mauclaire, chirurgien adjoint.

Maison nationale de Charenton.

Médecins en chef : MM. les Drs Christian et Ritti. — *Chirurgien* : M. le Dr Damalix. — *Directeur*, M. Strauss.

Les internes de cet établissement sont nommés par un concours spécial. (Voir les conditions *Progrès médical*, Numéro 45, 1894). Le premier concours a eu lieu en 1886. Question écrite : *Nerf facial* (anat. et physiol.). Epreuves orales : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde* ; *Diagnostic de la hernie inguinale.* Le 2e concours a eu lieu en mars 1887 ; le troisième concours le 18 juin 1889. Trois candidats s'étaient fait inscrire ; deux seulement se sont présentés. Question écrite : *Rétine* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : nerf crural ; dure-mère crânienne. Question orale : symptômes de la fièvre typhoïde ; fractures du péroné. Les autres questions étaient : ulcère rond de l'estomac, symptômes et diagnostic ; pansement des plaies ; symptômes de la pneumonie gauche aiguë ; panaris. Le concours suivant a eu lieu le 22 avril 1890. Cinq candidats s'étaient fait inscrire et se sont présentés ; trois ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Nerf cubital* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : dure-mère crânienne ; pneumogastrique. Question orale : symptômes et diagnostic de la rougeole, cathétérisme œsophagien. Les autres questions étaient : diagnostic de la pneumonie aiguë franche ; luxation du maxillaire inférieur ; étiologie de la fièvre typhoïde ; rétention d'urine. Un autre concours a eu lieu le 25 décembre 1891. Cinq candidats inscrits ; quatre ont subi les épreuves et ont été déclarés admissibles ; le concours a été remarquablement brillant. Question écrite : *Bulbe rachidien* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *nerf spinal*, et *nerfs de la langue*. Question orale : *Pneumonie* ; *Hernie étranglée* (signes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la colique hépatique* ; *Fracture du col du fémur* ; *Insuffisance mitrale* ; *Entorse*. Deux concours ont eu lieu en 1895 : l'un le 16 avril et l'autre le 26 juin. Au premier, deux candidats seulement s'étaient fait inscrire ; un seul s'est présenté et a été déclaré admissible. Question écrite : *Nerf sciatique* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *lobes frontaux et cordons postérieurs de la moelle*. Question orale : *Symptômes de l'hémorragie cérébrale* ; *Fractures de côtes* (symptômes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Etiologie et symptômes de la fièvre typhoïde* ; *Entorse tibio-tarsienne* ; *Diagnostic différentiel de la pneumonie et de la pleurésie* ; *Rétention d'urine*. Au concours du 26 juin, onze candidats s'étaient fait inscrire : neuf ont pris part à la première épreuve et sept à la seconde ; cinq ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Cordons postérieurs de la moelle* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Le ventricule* ; *nerf facial*. Question orale : *Coliques hépatiques* ; *Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire*. Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde*, *fracture du rocher* ; *Erysipèle de la face* ; *Rétrécissement de l'urètre*. — Le dernier concours a eu lieu le 22 mai 1898. Neuf candidats s'étaient fait inscrire : cinq ont pris part à la première épreuve et quatre à la seconde ; quatre ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Rétine* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Nerf phrénique* : *cordons postérieurs de la moelle*. Question orale : *Diphtérie, diagnostic et traitement* ; *Luxations de l'épaule*. Les autres questions étaient : *Cirrhose du foie*, *fractures du péroné* ; *Goitre exophtalmique*, *hémorrhoïdes*. — Un nouveau concours aura lieu avant la fin de 1899. La date en sera fixée prochainement.

On trouve, chez le concierge de la Faculté de Médecine et à la Maison nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme de ce concours.

Asiles de convalescence de Vincennes, du Vésinet, Asile Vacassy.

A. de Vincennes (420 lits). — *Directeur* : M. le Dr Bourrillon. *Médecins* : MM. Bloch et Delfau. 3 internes nommés au concours. Les candidats doivent avoir été externes des hôpitaux de Paris pendant une année au moins. Ils ne sont pas logés. Leur traitement est de 1.500 fr. la 1re année ; 1.600 fr. la 2e ; 1.700 fr. la 3e. Ils ont le déjeuner, même le jour où ils ne sont pas de garde.

A. Vacassy. — A côté de l'asile de Vincennes, se trouve l'Asile Vacassy créé en exécution d'un décret du 30 juin 1876, et au moyen du legs universel fait par M. Vacassy, « pour recevoir et hospitaliser, lorsqu'ils auront cessé d'être en traitement, des indigents ayant subi, *à Paris*, des accidents quelconques ayant entraîné, pour les victimes, une mutilation ou une infirmité les frappant de l'incapacité de subvenir, par leur travail, à leur existence. » Quatre dortoirs de 14 lits chacun sont organisés et occupés. — La direction et le service médical sont confiés au personnel de l'asile de Vincennes.

A. du Vésinet. — *Directeur* : M. Chabanel ; — *Médecin résident* : M. Capmas ; *Médecin-adjoint* : M. Calbet (de Chatou). — 400 lits. — Pas d'internes, en raison de la présence d'un médecin résident. Un quartier pour mères-nourrices.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, rue Moreau, 13, près la Bastille. — Tous les jours, à midi et demi, consultations et opérations. A 1 h., dans la salle annexe, pansements des maladies contagieuses. — Les conférences cliniques ont recommencé le lundi 23 octobre et porteront sur toute l'ophtalmologie, l'examen clinique des malades, opérations. Le lundi, à 2 heures, Dr Kalt. Le jeudi à 2 heures, Dr Valude. Le vendredi, à 1 heure, Dr Trousseau. Le samedi, à 1 heure, Dr Chevallereau. — Le 1er et le 3e mardi de chaque mois, de midi à 1 heure, à partir du 2 novembre, Dr Dubief : *Conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie.*

Institution nationale des Sourds-Muets.

Rue Saint-Jacques, no 254. — *Directeur*, M. Désiré Giraud. — *Service de santé* : M. le Dr Charles Leroux, médecin ; M. le Dr Tscherning, médecin-oculiste ; M. le Dr Jarre, médecin-dentiste.

Clinique Otologique. — Une clinique otologique est annexée à l'Institution nationale des Sourds-Muets. — Chirurgien chef du service : M. le Dr Ménière. — Médecins-adjoints : MM. les Drs Castex et Grossard. — Chef de clinique : M. Ozun. — Cette clinique a en moyenne 3.000 malades chaque année, et donne environ 15 000 consultations. Les consultations ont lieu les mardis, jeudis et samedis, le matin, à 9 heures.

Enseignement clinique dans les Hôpitaux.

Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie. — M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera dans le courant de novembre (hôpital des Enfants-Malades, pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Visite et examen des malades tous les jours à 9 heures ; conférences cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 heures. Sont admis à suivre cet enseignement MM. les Etudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les Docteurs en médecine. Ils seront classés par séries de vingt et pour une période d'un mois (MM. les Docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité). Chacun d'eux sera exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet no 1), tous les jours, de midi à 3 heures.

Hôpital de la Charité — Accouchements. — M. Maygrier Visite tous les jours à 9 h. Consultations pour les femmes enceintes tous les jours. Consultation spéciale pour les nourrissons, le mardi à 9 heures. Les étudiants qui désirent faire des accouchements doivent se faire inscrire dans le service, qu'ils s'engageront à suivre à l'exclusion de tout autre, au moins pendant un mois. Ils seront mis en séries pour l'examen des femmes enceintes et en travail, et pour la pratique des accouchements. — *N.-B.* D'après un décret récent, le stage obstétrical s'effectuant à partir du 1er décembre 1898, dans les différents services d'accouchements des hôpitaux de Paris, nous publierons prochainement le programme de l'enseignement, organisé à la Charité en vue de l'instruction des stagiaires.

Hospice de Bicêtre. — Maladies des vieillards et maladies nerveuses : M. P. Marie, le mardi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Ch. Féré, consultation le mardi, à 9 h. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville. Samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Hôpital St-Antoine. — Leçons cliniques sur les maladies nerveuses. — Pendant le semestre d'hiver, MM. Gilbert Ballet et Ed. Brissaud font des leçons cliniques sur la pathologie mentale et nerveuse. M. Brissaud, le jeudi, à 10 heures ; — M. Ballet, le dimanche à la même heure. — L'ouverture du cours est annoncée par une affiche spéciale. — *Radioscopie médicale*. — M. le Dr Béclère, commencera le dimanche 5 novembre à 10 h. du matin à cet hôpital, et continuera les dimanches suivants à la même heure une nouvelle série de conférences et d'exercices pratiques : A 10 h., conférence de radiologie (les rayons de Rœntgen : moyens de production, modes d'emploi, applications au diagnostic médical). — A 10 h. 1/2, présentation et examen radioscopique des malades. — *N. B.* Le samedi matin, à 10 h. 1/2, examen radioscopique des malades indigents adressés dans ce but par leur médecin à M. Béclère.

Hôpital Broca (annexe Pascal, 111, eue Broca. — *Cours complet de Gynécologie.* — M. le Dr S. Pozzi, chirurgien en chef de l'hôpital Broca, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, commencera ses Conférences de Gynécologie clinique le vendredi 10 novembre, à 10 heures et les continueca tous les vendredis à la même heure. — Un cours de Gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis à 10 heures, sous sa direction. et commencera le lundi 13 novembre, à 10 heures. Ce cours sera complet en 24 leçons. — Démonstrations d'Histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, à partir du samedi 11 novembre, par le chef du laboratoire du service.

Hôpital Lariboisière. — M. le Dr Gougcenheim. Clinique des maladies du larynx. du nez et des oreilles. Maladies du larynx et du nez : mardi, jeudi et samedi à 9 heures. Maladies des oreilles : lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures. Opérations : pavillon Ravaine : lundi. mercredi, vendredi à 10 h. 1/2. Démonstrations cliniques et anatomo-pathologiques.

Cours pratique d'ophtalmologie. M. le Dr F. Terrien, chef de clinique, recommencera, le mardi 14 novembre, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades). Rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales). Examen fonctionnel de l'œil ; 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves). — M. Druault, chef du laboratoire, recommencera, le mercredi 15 novembre, à 5 heures, des conférences pratiques : 1° *Anatomie normale et pathologique de l'œil* (avec pièces et technique micrographiques); 2° *Bactériologie clinique de l'œil.* Chaque cours durera 6 semaines : le premier aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures; le second, les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure. *S'inscrire d'avance,* tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Asile Clinique (Sainte-Anne). — M. Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales*, dans l'Amphithéâtre de l'Admission, au mois de mars prochain ; mais à partir du 13 novembre, il recommencera, les vendredis à 9 heures 1/2, les *exercices cliniques sur le diagnostic de la folie* (Voir à la fin du numéro).

Asile de Villejuif. — *Maladies mentales.* — M. Toulouse. Le mardi, visite du service ; conférences cliniques au lit du malades.

Hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton. — M. Kirmisson commencera ses leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, en novembre 1898 ; il les fera les mardi et samedi à 9 heures. Les opérations auront lieu les mêmes jours, à la suite des leçons.

POLICLINIQUE DE PARIS.

48, rue Monsieur-le-Prince.

Après bientôt dix années d'existence, la Policlinique de Paris s'est vu forcée, par le nombre même des consultants, à s'installer dans des locaux plus vastes et moins sordides que ceux qu'elle occupait jusqu'ici rue Mazarine, où elle n'a plus aucun service.

Cette translation — en plein quartier des Ecoles — a permis à cette institution de donner un peu plus d'extension à l'enseignement médical proprement dit. Le nombre des malades qui fréquentent la Policlinique constitue une riche collection de matériaux cliniques, qu'il serait coupable de ne pas mettre en œuvre dans l'intérêt de la médecine. Aussi ne saurions-nous trop engager les étudiants à aller y parfaire leur instruction sur certaines branches de notre art parfois trop négligées, comme la médecine d'enfants, la médecine mentale, la dermatologie, l'ophtalmologie, la laryngologie, l'otologie et la rhinologie, etc. Du reste, notre bagage médical se composant surtout de choses vues, nous ne devons négliger aucune occasion pour l'accroître, même et surtout dans le domaine de la médecine ou de la chirurgie courante.

La Policlinique aura donné cette année le chiffre respectable de trente mille consultations; aussi, grâce à cette fréquentation par les malades de toutes sortes, a-t-elle pu trouver les matériaux nécessaires à une publication scientifique mensuelle, les *Annales de la Policlinique.* On s'imagine les ressources que possède la Policlinique pour faire de l'enseignement pratique de la médecine. Cet enseignement comprendra cette année, comme l'an dernier, deux ordres d'exercices, les entretiens cliniques et les conférences.

Les entretiens cliniques, véritables leçons de choses, ont lieu au moment des consultations; les étudiants y sont exercés à l'examen et au traitement des malades. Un laboratoire permet les recherches chimiques et microscopiques.

Les conférences ont pour objet un sujet limité, traité en un certain nombre de séances Voici du reste le programme pour le premier semestre de cette année 1899-1900 :

Consultations.

Médecine. — *Maladies du cœur et des reins,* Dr Kortz, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1/2. — *Maladies du système nerveux* et *Maladies mentales et nerveuses,* Dr L. Legrain, vendredi, 4 h. soir. — *Maladies des enfants,* Dr H. Gillet, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. du soir. — *Maladies de la peau et syphilis,* Dr Butte, mardi, jeudi, samedi, à 6 h. — *Electrothérapie,* Dr Peyrou, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. soir.

Chirurgie. — *Chirurgie générale et voies urinaires,* Dr A. Braine, lundi, vendredi, 4 h. 1/2. Vendredi, 9 h. du matin, opérations. — *Gynécologie, accouchements,* Dr A. Olivier, mardi, jeudi, samedi, 3 h. — *Laryngologie, otologie, rhinologie,* Dr M. Natier, tous les jours, 4 h. du soir, dimanche, 9 h. du matin. — *Ophtalmologie,* Dr Wuillomenet, lundi, mercredi, vendredi, 3 h.; Tscherning, mardi, samedi, 11 h. du matin. — *Maladies de la bouche et des dents,* Dr Moiroud, lundi, mercredi, samedi. 5 h. 1/2 du soir. — *Laryngologie, otologie, rhinologie,* Dr Courtade, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Conférences.

Dr Legrain. Les psychoses alcooliques. — Dr H. Gillet. Les grandes médications de l'enfance. — Dr Butte. La thérapeutique de la syphilis. — Dr Braine. Rétrécissements urétraux. — Dr Kortz. Les cardiopathies artérielles. — Dr Olivier. L'électricité en gynécologie. — Dr Tscherning. Notions de physique ophtalmologique ; démonstration au laboratoire de la Sorbonne). Cours expérimental d'optique physiologique. — Dr Wuillomenet. Maladies externes de l'œil ; exercices ophtalmoscopiques. — Dr M. Natier. Maladies des fosses nasales ; exercices rhinoscopiques. — Dr Moiroud. Dentisterie opératoire. — Dr Peyrou. L'électricité médicale. — Une affiche spéciale annoncera pour chaque cours la date d'ouverture précise.

Les étudiants en fin d'études pourront recueillir à la Policlinique des matériaux pour la confection de leur thèse inaugurale et faire des recherches au laboratoire dans le même but. L'installation encore modeste de cet établissement est cependant aujourd'hui suffisante.

HOPITAL INTERNATIONAL DE PARIS

180, rue de Vaugirard (près l'Institut Pasteur).
40 lits.

Fondé en 1892, 30, rue d'Assas, sous le nom de *Clinique Française — Hôpital International,* avec la collaboration de 22 médecins dont les Drs Aubeau, Bilhaut, Cornet. Transféré plus tard, 9 et 11, rue de la Santé, dans un local loué par feu le Dr Péan, pour le prix annuel de 16.000 francs. Définitivement installé depuis le 1er janvier 1899. dans un grand et bel immeuble, spécialement aménagé pour sa destination.

Chirurgie générale et spéciale : M le Dr Bilhaut, les lundis, mercredis, vendredis, à 4 heures. — *Maladies de l'estomac, des intestins et du foie :* M. le Dr Paul Cornet, dimanche, mercredi, vendredi, de 9 à 11 heures. — *Maladies des voies respiratoires et du cœur* : M. le Dr Félix Frébault, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures — *Maladies du nez, de la gorge et des oreilles* : M. le Dr Lacaze, lundi. mercredi, vendredi, à 2 heures. — *Radioscopie et radiographie* : M. le Dr Maurice Lenoir, lundi, mercredi et samedi, à 5 heures. — *Maladies de la peau et des voies urinaires* : M. le Dr Vasticar, mardi jeudi, samedi, à 10 heures.

Consultations, opérations et soins gratuits pour les indigents. *Cours de chimie médicale.* Directeur de l'établissement : Dr Bilhaut, locataire principal, seul responsable.

POLYCLINIQUE H. DE ROTHSCHILD

82, rue de Picpus.

La Polyclinique H. de Rothschild a été créée en 1896 par le Dr H. de Rothschild. Cet établissement bien que situé sur un terrain appartenant à l'hôpital Rothschild est tout à fait distinct de ce dernier.

La Polyclinique H. de Rothschild est dirigée par son fondateur qui en supporte seul tous les frais. On y donne des consultations gratuites tous les jours : le matin de 8 heures à midi et certains jours l'après-midi de 1 à 4 heures. Un certain nombre de malades y sont hospitalisés ; 4 lits sont réservés

pour les hommes et 4 pour les femmes, plus 6 berceaux pour les enfants nouveau-nés.

Le service médical est dirigé par le Dr Henri de ROTHSCHILD, secondé par MM. les Drs BONNIER pour le *larynx, le nez et les oreilles*, PÉCHIN pour les *yeux*, CHARRIER pour la *gynécologie*, DUCROQUET pour l'*orthopédie* et la *gymnastique médicale*, Léopold LÉVIS pour les *maladies nerveuses et mentales*, BAILLET et ECHARDT pour la *médecine générale*. M. H. de ROTHSCHILD s'occupe plus particulièrement des *maladies de l'enfance et des nourrissons*.

On distribue chaque matin des médicaments gratuits et de grandes quantités de lait stérilisé aux enfants pauvres. — Le service de la *pharmacie* est confié à un pharmacien de première classe, M. VALENSI. Deux internes reçus au concours assistent aux consultations et aux opérations et sont chargés plus particulièrement du laboratoire de bactériologie et de chimie. — Le service de la *photographie* est confié à M. MÉHEUT, photographe de l'hôpital Saint-Louis.

Le nombre des malades traités est d'environ trois mille par an; le nombre des consultations de 25 à 30.000. Les médecins et les étudiants peuvent assister aux consultations; la directrice, Mme Perrochaud, est autorisée à laisser visiter la maison de deux à quatre heures.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Cours libres (Faculté de Médecine) (Autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1899-1900, par le Conseil de l'Université de Paris, le 10 juillet 1899.) — M. le Dr Ch. FOURNEL : Cours de chirurgie abdominale et de gynécologie, vendredi, à 5 heures, amphithéâtre Cruveilhier, à partir du vendredi, 17 novembre 1899. — M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES : Electrothérapie et Radiographie. Moyens de diagnostic et de traitement. Analogies biologiques entre les fluides physiques et les éléments des êtres vivants. Lundi soir, à 8 h. 1/2, amphithéâtre Cruveilhier, à partir du 15 janvier 1900. — M. le Dr KOENIG : Symptomatologie oculaire dans les maladies nerveuses. Mardi, à 5 heures. Amphithéâtre Cruveilhier, à partir du mardi, 21 novembre 1899. — M. le Dr LAVAUX : Affections des voies urinaires. Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. amphithéâtre Cruveilhier, à partir du mardi, 9 janvier 1900.

Anthropologie criminelle et pathologie mentale. — M. le Dr DUBUISSON, médecin en chef de l'Asile clinique fait chaque année, à partir de janvier, un cours de médecine légale, qui est ouvert aux étudiants en médecine comme aux étudiants en droit. Ce cours, qui porte sur l'anthropologie criminelle et la pathologie mentale et traite spécialement les questions de reponsabilité et de capacité a lieu à la Faculté de Droit, place du Panthéon.

Gynécologie. — M. le Dr CHÉRON, médecin de St-Lazare, et le Dr BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare, continueront leurs leçons cliniques de gynécologie conservatrice, 9, rue de Savoie, le lundi à une heure. Examen des malades.

Maladies des Femmes. — M. le Dr CHÉRON, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques de gynécologie à sa Clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 9 novembre, à 1 h. 1/2, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Clinique Gynécologique. — M. le Dr LORAIN, 4, rue Salomon-de-Caus. Les médecins et étudiants en médecine sont admis à la Clinique, le *jeudi matin*, de 9 heures à 11 heures, et exercés aux examens gynécologiques. S'inscrire à la Clinique, les mardi, jeudi, samedi, de 9 heures à 11 heures du matin.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr DUBOYS DE LAVIGERIE, 76, rue St-Dominique. Leçons cliniques et théoriques tous les jours, à 2 h, sur les maladies des yeux et la chirurgie oculaire. — Ophtalmométrie, Réfraction et Ophtalmoscopie.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr JOCQS, ancien interne des hôpitaux, 15, rue Malebranche (policlinique de la rue Malebranche). Tous les jours, à 2 heures et demie. Consultations, opérations. *Cours particulier* les mardis, jeudis et samedis.

Maladies des yeux. — Clinique de M. le Dr Emile BERGER, 45, rue de Rambuteau. Conférences cliniques sur les rapports de l'ophtalmologie avec la pathologie générale les mardi et jeudi de 1 heure à 2 heures, et le samedi de 8 à 9 heures du soir.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr F. BOÉ, rue des Grands-Augustins, 20. Enseignement privé. Cours de médecine opératoire, de réfraction, d'ophtalmoscopie. MM. les étudiants qui préparent des concours ne sont pas admis. S'adresser à la clinique les mardi, jeudi et samedi, de 1 h. à 3 h.

Ophtalmologie. Clinique des maladies des yeux. — M. le Dr GALEZOWSKI, 41, rue Dauphine. Consultations et opérations les lundis, mercredis et vendredis, de 1 à 3 heures. Examen ophtalmoscopique les jeudis. A partir du mois de novembre, M. Galezowski fera un cours de thérapeutique oculaire les lundis, entre 2 et 3 heures. Les mardis et samedis entre 2 et 3 heures, étude de la réfraction sous la direction des Drs Kopff et Segall.

Ophtalmologie. — M. le Dr LANDOLT fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de midi 1/2 à 2 h., à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts.

Ophtalmologie. — Clinique du Dr A. DARIER, 9, rue Buffault, (51 *bis*, rue Lafayette). *Conférences cliniques* les mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. — Exercices d'ophtalmoscopie et de réfraction. — Leçons particulières.

Clinique ophtalmologique. — MM. les Drs DE WECKER et MASSELON, 55, rue du Cherche-Midi. — Cours cliniques et opérations par le Dr de Wecker, les lundi et jeudi, de 4 à 5 h. 1/2. — Cours particuliers d'ophtalmoscopie, de réfraction et de chirurgie oculaire, par le Dr Masselon, chef de clinique.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. — Clinique de M. le Dr BARATOUX, rue Saint-André-des-Arts, 33. Conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies du larynx, du nez et des oreilles. Exercices pratiques par les élèves, les mardis et samedis de 4 à 6 heures.

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr C. MIOT, 41, rue Saint-André-des-Arts. Entretiens cliniques les lundis et jeudis, à midi. — Consultations les lundis et jeudis.

Laryngologie. Otologie. — M. le Dr MADEUF, bi-licencié ès sciences, a créé, depuis 1890, une clinique exclusivement pour l'enseignement pratique. Les élèves font eux-mêmes les *opérations* et les pansements du nez, du larynx, de la gorge et des oreilles, 10, rue Fontaine-au-Roi. Avril et Mai. Lundi, vendredi, de 4 à 6 heures.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — M. le Dr CASTEX, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, à sa Clinique, 21, rue Guénégaud, le mardi 9 novembre, à 3 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — *Examen des malades et opérations* les mêmes jours, à partir de 3 h. 1/2. On s'inscrit pour les exercices pratiques 21, rue Guénégaud, les mardis, jeudis, samedis, de 3 à 5 heures.

Otologie. — M. le Dr GELLÉ. — Le samedi, à 9 h., à la Salpêtrière, service de M. le Pr Raymond.

Laryngoscopie et rhinoscopie. — Ancienne clinique du Docteur FAUVEL. Clinique du Dr BLANC. — Les jeudis, à 10 heures. — Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. M. le Dr BLANC est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Cours de Chimie digestive. — M. le Dr Paul CORNET a commencé le lundi 23 octobre, à 10 heures, à son Laboratoire, 180, rue de Vaugirard, pour continuer les jeudis, et lundis suivants, à la même heure, une série de 18 leçons sur l'*exploration interne de l'estomac* (tubage, chimisme), et sur les applications de la chimie biologique à l'étude normale et pathologique de la fonction digestive. Ce nombre des élèves est limité. On s'inscrit tous les jours, 180, rue de Vaugirard.

Préparation au 4e doctorat. — M. le Dr Paul CORNET fait à sa *Clinique*, 180, rue de Vaugirard, un cours de *thérapeutique* et *matière médicale* spécial au 4e doctorat. Objet du cours : art de formuler, propriétés, posologie et pharmacologie des médicaments. Collection de matière médicale. Interrogations. — Le cours aura lieu jusqu'au 31 décembre, trois fois par semaine, par séries de 24 leçons. Le nombre des élèves est limité. On s'inscrit tous les jours, rue de la Santé.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, a commencé ses conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi 28 octobre à 5 heures, au laboratoire. — *Objet du cours* : Sources de l'électricité médicale. — Technique générale du maniement des appareils. — Electro-diagnostic. — Rôle de l'Electricité médicale dans les maladies du système nerveux. — Electrothérapie gynécologique. — Le nombre des places étant limité, MM. les étudiants en

médecine et docteurs sont priés de s'inscrire au Laboratoire, les mardis, jeudis et samedis, de 2 heures à 4 heures.

Conférence d'Internat. — MM. le Dr MILIAN, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, et A. SCHWARTZ, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine, commenceront dans les premiers jours de novembre, à l'Amphithéâtre Cruveilhier, de l'Ecole pratique, une conférence d'Internat dont le nombre des élèves sera limité. — Le prix d'inscription est de 30 francs. — Se faire inscrire chez M. le Dr Milian, 36, boulevard Saint-Germain, les mardi, jeudi, samedi, de 3 à 6 heures.

Auscultation et tuberculose. — Clinique du docteur G. ARTHAUD, 5, rue Mazarine, le dimanche de 9 heures à 11 heures. — Cours clinique sur l'auscultation du poumon.

Maladies nerveuses et psychiatrie. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, médecin inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, reprendra, le jeudi 16 novembre, à 10 h. 1/2, à sa clinique, 49, rue Saint-André-des-Arts, son cours sur les applications de l'hypnotisme à la neuropathologie et la psychiatrie. Il le continuera les jeudis suivants, à 10 h. 1/2. Les élèves régulièrement inscrits seront exercés à la pratique de la psychothérapie.

Enseignement de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique. — L'Institut psycho-physiologique de Paris, 49, rue Saint-André-des-Arts, fondé en 1889 pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, et placé sous le patronage de savants et de professeurs autorisés, est destiné à fournir aux médecins et aux étudiants un enseignement pratique permanent sur les questions qui relèvent de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique. — L'organisation de l'Institut psycho-physiologique en fait à la fois une Ecole pratique de psychothérapie et un laboratoire de psychologie expérimentale. Une clinique de maladies nerveuses (dispensaire neurologique et pédagogique), est annexée à l'Institut psychologique. Des consultations gratuites ont lieu les mardis, jeudis et samedis, de 10 h. à midi. Les médecins et étudiants régulièrement inscrits sont admis à y assister et sont exercés à la pratique de psychothérapie. Tous les jeudis, à 10 h. 1/2, M. le Dr Bérillon, inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, y complète son cours à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine (semestre d'été) par des conférences sur les applications cliniques et pédagogiques de l'hypnotisme. Il est secondé dans ses démonstrations cliniques par MM. les Drs Bianchi et Paul Farez, et dans ses démonstrations de psychologie expérimentale par MM. Charles Verdin, Bianly, A. Guimbeau et Lépinay. — Pendant le semestre 1899-1800, des cours et des conférences seront faits, les jeudis, à 5 heures, par MM. les Drs Bérillon, Paul Magnin, Max Nordau, E. Caustier, Jules Bois, Henri Lemesle, Paul Farez, etc., sur les diverses branches de la psychologie physiologique et pathologique. M. le Dr Paul Joire, correspondant de l'Institut psycho-physiologique, fait, à Lille, un cours annexe d'hypnologie. Un musée psychologique, contient un nombre considérable de documents relatifs à l'histoire de l'hypnotisme et de la psychologie. La bibliothèque est mise à la disposition des étudiants inscrits.

Voies urinaires. — M. le Dr GUÉPIN, ex-interne des hôpitaux de Paris et ancien élève du Dr Reliquet, le jeudi, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Association des Etudiants, série de conférences pratiques sur la Chirurgie journalière des voies urinaires.

Ecole française d'Orthopédie et de massage. — M. le Dr ARCHAMBAUD reprendra ses cours à l'Ecole française d'orthopédie et massage, le mercredi 8 novembre prochain, à six heures du soir, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure. Se faire inscrire les lundi, mercredi et vendredi, de 4 h. à 6 heures, à l'Ecole, rue Cujas, 21. Les docteurs en médecine français sont admis gratuitement à ces cours ainsi qu'aux démonstrations pratiques qui ont lieu aux heures de consultation. Les étudiants en médecine ne payent que la moitié des frais d'inscription pour les cours.

Conférences d'ophtalmologie. — Le Dr R. DREYER-DUFER commence le lundi 13 novembre 1899, à 10 h. 1/4, à la Clinique médicale de la Faculté de l'Hôpital Saint-Antoine pavillon Moiana), ses *Conférences pratiques d'ophtalmologie.* (Examen de l'œil. Maladies des yeux que doit connaître le médecin. Rapports des maladies des yeux avec les maladies générales.) Il les continue tous les lundis à la même heure.

Cours pratique de Technique microscopique et de diagnostic d'histologie normale et pathologique. — Le Dr LATTEUX, chef du Laboratoire de l'hôpital Broca, fait son cours tous les jours excepté le samedi, de 4 h. à 6 heures, dans son Laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

Cours de Technique bactériologique. — Essentiellement pratique, comme le précédent, il a lieu tous les jours, excepté le samedi, de 2 h. à 4 h. Etude des principaux microbes (tuberculose, choléra, fièvre typhoïde peste, pneumonie, etc.) Méthodes de coloration. Méthodes de stérilisation. Analyses de produits pathologiques. Inoculation, etc.

Dans ces deux cours, les élèves font un série de préparations qui servent de types et qui restent leur propriété, le cours terminé. De nouveaux cours commenceront le 20 novembre prochain. On s'inscrit au Laboratoire du Dr LATTEUX, de 4 h. à 6 h.

Conférences de déontologie médicale. — MM. les Drs P. LE GENDRE et G. LEPAGE commenceront, le lundi 6 novembre à 9 h. du soir, des conférences de déontologie médicale à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. Ces conférences gratuites auront lieu les lundis 6, 13, 20 et 27 novembre à la même heure. Ne seront admis que les étudiants en Médecine, sur la présentation de leur carte.

Infirmerie spéciale de Saint-Lazare

Cours élémentaires de syphiligraphie, vénéréologie, gynécologie. — 1er semestre, janvier, février; 2e semestre, mai, juin. Ces cours auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 9 heures 1/2, à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, 107, faubourg Saint-Denis. Ils sont destinés aux docteurs en médecine et aux étudiants munis de 16 inscriptions. Des affiches annonceront le début des cours.

AVIS

THÈSES DE DOCTORAT. — *Toutes les thèses de doctorat, dont il sera déposé deux exemplaires au bureau du journal, seront analysées.*

Tous les Abonnés du Progrès Médical *peuvent consulter les journaux de médecine, français et étrangers, reçus en échange en prévenant deux jours à l'avance, tous les jours de 3 à 6 heures.*

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

École d'application du Service de santé militaire.

Année 1899-1900.

Directeur : M. le médecin inspecteur KELSCH.

MÉDECINS AIDES-MAJORS ÉLÈVES ET MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale: MM. les Professeurs chefs des services médicaux. — *Clinique chirurgicale* : MM. les Professeurs chefs des services chirurgicaux. — *Clinique spéciale (ophtalmologie, otologie, laryngologie)* : M. CHAVASSE, professeur. — *Cliniques des maladies vénériennes et cutanées* : MM. SIEUR et LOISON, professeurs agrégés.

Cours.

Anatomie chirurgicale et Médecine opératoire: M. ROBERT, professeur. — *Hygiène militaire* : M. RICHARD, professeur. — *Epidémiologie*: M. VAILLARD, professeur. — *Chirurgie spéciale, service de santé en campagne* : M. CHAVASSE, professeur. — *Chirurgie d'armée* : M NIMIER, professeur. — *Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie* : M. GEORGES, professeur.

Conférences et exercices pratiques.

Conférences d'hygiène, vaccination : M. FERRIER, professeur agrégé. — *Conférences de blessures de guerre, exercices de diagnostic chirurgical, radiographie* : M. LOISON, prof. agrégé. — *Conférences d'épidemiologie* : M. SIMONIN, professeur agrégé. — *Travaux anatomiques, exercices de médecine opératoire* : M. SIEUR, professeur agrégé. — *Exercices d'ophtalmoscopie, bandages et appareils, manœuvres d'ambulance* : M. TOUBERT, prof. agrégé. — *Conférences de législation et administration militaires, de médecine légale et autopsies, exercices de diagnostic médical* : M. VINCENT, professeur agrégé. — *Anatomie pathologique et microbie* : MM VAILLARD, professeur, et SIMONIN, professeur agrégé. — *Manipulations chimiques* : M. BAYRAC, prof. agrégé.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Cours et conférences.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie: M. Georges, professeur. — *Pharmacie militaire et comptabilité*: M. Bayrac, professeur agrégé. — *Hygiène*: M. Richard, professeur. — *Médecine legale, législation, administration et services de santé militaires*: M. Antony, professeur. — *Analyses chimiques et matière médicale*: M. Bayrac, professeur agrégé. — *Bactériologie*: M. Vaillard, professeur. — *Exercices et travaux pratiques*: MM. Georges, professeur et Bayrac, professeur agrégé.

Ecole pratique des Hautes Etudes.
(Nouvelle Sorbonne)

Psychologie physiologique. — M. Jules Soury, directeur d'études et professeur, traitera, à partir du 6 novembre, des *Centres corticaux de la sensibilité spéciale* (centres de projection), les lundis, à 5 heures; il exposera tous les vendredis, à la même heure, la *Théorie actuelle des neurones*.

COLLÈGE DE FRANCE.

Cours d'Anatomie générale. — M. Ranvier, professeur, traitera: De quelques problèmes d'histologie et d'histogenèse relatifs à la peau; les mardis et jeudis à 5 heures (salle n° 2). Des démonstrations pratiques seront faites par le professeur, aidé de M. Suchard, préparateur.

Laboratoire d'Histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études). — M. Ranvier, directeur; M. Malassez, directeur-adjoint; MM. Darier et Jolly, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. Il y est fait de plus, des Cours particuliers:

1° Par M. Suchard sur la technique histologique;

2° Par M. Jolly sur l'histologie normale et pathologique du sang. Le cours de M. Suchard a lieu quelque temps après Pâques et dure environ deux mois; celui de M. Jolly commencera le 14 octobre, aura lieu les mardis, jeudis et samedis, il durera un mois. On s'inscrit au laboratoire chaque jour de la semaine, de 2 à 4 heures.

Cours de Médecine. — Professeur: Dr d'Arsonval; préparateur: Dr Charrin. Pendant le semestre d'hiver: M. d'Arsonval sera remplacé par le Dr Charrin qui traitera du mecanisme des principaux phénomènes de la maladie, les mercredis et vendredis, de 5 à 6 h.

A la chaire de médecine sont annexés deux laboratoires des hautes études:

1° *Laboratoire de physique biologique*: Directeur, M. d'Arsonval; directeur-adjoint, Dr Hénocque, chef des travaux, Dr Roussy; préparateur, Dr F. Guyon;

2° *Laboratoire de médecine expérimentale et de bactériologie*: Directeurs: MM. d'Arsonval et Charrin. Ces laboratoires ne sont pas publics.

Cours d'Histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, professeur, M. François Franck, suppléant, traitera du grand sympathique avec déductions pathologiques. Mercredi et vendredi, à 3 h. 1/2 (salle n° 7).

Laboratoire de Physiologie pathologique Ecole pratique des hautes études). — M. François Franck, directeur; M. Hallion, chef des travaux: M. Lamy, préparateur. Ce laboratoire, ouvert les lundis mardis et samedis, est un laboratoire de recherches.

Cours d'Embryogénie comparée. — M. X..., professeur.

Laboratoire d'Embryogénie. — M. Henneguy, directeur. Ce laboratoire n'est pas public.

Cours de Chimie organique. — M. Berthelot, professeur.

Cours de Chimie minérale. — M. Le Chatelier, professeur. Les laboratoires de MM. Berthelot et Le Chatelier sont uniquement des laboratoires de recherches.

Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre; nous complétorons, en temps voulu, s'il y a lieu, les indications sus-énoncées.

Le laboratoire maritime de Concarneau est annexé au Collège de France. MM. D'Arsonval, Marey, Ranvier, directeurs; M. Fabre-Domergue, directeur-adjoint; M. Biétrix, preparateur. Ce laboratoire est ouvert de juin à fin septembre; s'adresser à l'un des directeurs ou au directeur-adjoint.

Archives d'anatomie microscopique publiées par MM. Balbiani et Ranvier, M. Henneguy, secrétaire de la Rédaction.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Cours du premier Semestre.
Année scolaire 1899-1900.

Les cours s'ouvriront à la Sorbonne, le lundi 6 novembre 1899.

Géométrie supérieure: Les mercredis et vendredis, à 10 h. 3/4. M. G. Darboux, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 8 novembre. Il traitera des principes fondamentaux de la géométrie infinitésimale. — *Calcul différentiel et Calcul intégral*: Les mardis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. Goursat, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mardi 7 novembre. Il traitera des Intégrales définies et des Fonctions analytiques. — *Mécanique rationnelle*: Les mercredis et vendredis, à 2 h. 1/2. M. Appell, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mercredi 8 novembre. Il traitera des lois générales de l'équilibre et du mouvement. — *Astronomie mathématique et mécanique céleste*: Les lundis et jeudis, à 2 h 1/2. M. H. Poincaré, professeur, ouvrira ce cours le lundi 6 novembre. Il traitera de la théorie de la lune. — *Calcul des probabilités et Physique mathématique*: Les mardis et samedis, à 10 h. 1/4. M. Boussinesq, professeur, ouvrira ce cours le mardi 7 novembre. Il traitera des Fluides: il étudira leurs propriétés mécaniques et les plus importants des mouvements où leur frottement intérieur n'a qu'un rôle secondaire, notamment l'écoulement par les orifices et par les déversoirs, ainsi que les ondes liquides de translation (intumescences et remous se propageant le long des canaux et des cours d'eau) — *Mécanique physique et expérimentale*: Les jeudis et samedis, à 8 h. 3/4. M. G. Kœnigs, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le jeudi 9 novembre. Il traitera de la cinématique des corps solides ou déformables. Applications à l'étude des machines. — *Physique*: Les mardis et samedis, à 1 h. 1/2. M. Bouty, prof., ouvrira ce cours le mardi 7 novembre. Il traitera de la gravitation, de l'électrostatique et de la thermodynamique. Des manipulations et des conférences, qui seront dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Physique* (Fondation de l'Université de Paris): Les jeudis, à 4 h. M. Pellat, prof., ouvrira ce cours le jeudi 9 novembre. Il traitera de l'électrodynamique, du magnétisme, de l'electromagnétisme et de l'induction. — *Chimie générale*: Les lundis et jeudis, à 1 h. M. Troost, prof., ouvrira ce cours le lundi 6 novembre. Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui seront dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Chimie minérale*: Les mercredis et vendredis, à 2 h. M. Ditte, profess., ouvrira ce cours le mercredi 8 novembre. Il traitera des métaux et de leurs combinaisons principales. — *Chimie biologique*: Les mardis et jeudis, à 2 h. 1/2. M. Duclaux, professeur, ouvrira ce cours à l'Institut Pasteur, rue Dutot, n° 25, le mardi 7 novembre. Il étudiera les fermentations autres que la fermentation alcoolique. — *Zoologie, Anatomie et Physiologie comparées*: Les mardis et jeudis, à 4 h. M. Y. Delage, professeur, ouvrira ce cours le mardi 7 novembre. Il traitera, les mardis, des Scyphozoaires, et les jeudis, des Mollusques et des Articulés. M. Labbé, chef des travaux pratiques, fera, dans le laboratoire, le jeudi, à midi et demi, des conférences sur les sujets relatifs aux examens du certificat d'études supérieures de Zoologie, suivis, de 1 h. à 4 h, de manipulations sur les mêmes sujets. — *Evolution des êtres organisés* (fondation de la Ville de Paris): Les mercredis à 2 h. et les samedis à 11 h. M. Giard, professeur, ouvrira ce cours, rue de l'Estrapade, n° 18, le mercredi 8 novembre. Il traitera de la Morphologie comparée de l'embryon chez les métazoaires. Le samedi, le professeur étudiera les facteurs primaires de l'évolution. Les travaux pratiques d'embryologie générale auront lieu sous la direction du professeur, les lundis, à 2 h., au laboratoire, rue d'Ulm. n° 3. — *Histologie* (fondation de l'Université de Paris): Les lundis à 4 h. et les samedis à 9 h. M. J. Chatin, professeur, ouvrira ce cours le lundi 6 novembre. Il traitera des différenciations fonctionnelles de la cellule; puis il étudiera les principaux tissus au point de vue de l'histologie zoologique. — *Botanique*: Les mercredis et vendredis, à 4 h. M. G. Bonnier, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 8 novembre. Il traitera de la classification des phanérogames et de la géographie botanique. Les travaux pratiques et manipulations de botanique auront lieu les mardis, de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans le laboratoire, sous la direction du professeur. Les manipulations de physiologie végétale auront lieu les mercredis, de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — *Géographie physique*: Les mardis, à 1 h. 3/4, et les samedis, à 10 h. 1/2. M. Ch. Vélain, professeur, ouvrira ce cours le mardi 7 novembre. Il traitera, les mardis, des conditions générales du relief avec etude speciale de l'Europe et de l'Asie. Développement des questions portées à la première partie du programme du certificat d'études de géographie physique, les samedis. Les travaux pratiques de géographie physique auront lieu les mercredis, à 1 h. 1/2, et les vendredis, à 9 h., dans le laboratoire, sous la direction du professeur.

Cours Annexes.

Eléments d'analyse et de mécanique : les lundis et jeudis, à 5 h. 1/2. M. N..., chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 6 novembre. Il exposera les principales théories mathématiques qui servent d'introduction à divers enseignements scientifiques (notions de Géométrie analytique. Dérivées, et intégrales. Equations différentielles, lois générales de l'Equilibre. Mouvements des points et des systèmes). — *Astronomie mathématique et mécanique céleste* : les mardis, à 1 h. 1/2. M. Andoyer, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi 7 novembre. Il traitera de la théorie générale des perturbations planétaires. — *Chimie physique* : Les mercredis et vendredis, à 5 h. 1/2. M. J. Perrin, chargé du cours, ouvrira ce cours le mercredi 8 novembre. Il exposera principalement les propriétés des mélanges homogènes (Phases), et les applications de la « règle des phases ». — *Chimie analytique* : les lundis, à 3 h. M. Riban, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 6 novembre. Il traitera des procédés généraux de l'analyse quantitative, puis du dosage et de la séparation des métaux. — *Embryologie générale* : Les lundis et jeudis à 10 h. M. Le Dantec, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 6 novembre. Il traitera de l'hérédité dans la génération agame et la sexualité.

Conférences.

Les Conférences commenceront le lundi 13 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences mathématiques : M. Raffy, maître de conférences, fera des conférences de géométrie supérieure, en vue du certificat correspondant, les mardis à 5 h. 1/2. M. Hadamard, maître de conférences, fera des conférences sur le calcul différentiel et le calcul intégral, les mardis à 3 heures. Il fera, les samedis, à 5 heures, des Conférences préparatoires au certificat d'analyse supérieure. — M. P. Puiseux, professeur adjoint, fera des conférences sur la mécanique, les mercredis, à 4 h., et les samedis, à 3 h. 1/2. — Exercices sur le programme du certificat de mécanique rationnelle. Théorie de l'attraction. — M. Andoyer, maître de conférences, fera des conférences aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les lundis, à 2 h. 1/2, et les jeudis, à 10 h. 1/2. — M. Hadamard, maître de conférences, fera une conférence aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les jeudis à 3 heures. — M. Blutel, chargé de conférences, fera une conférence aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les jeudis, à 1 h. 1/2. —

Sciences physiques : M. Pellat, professeur, fera une conférence de physique, les lundis, à 4 h. 1/4. Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 h. 1/2. — M. Leduc, maître de conférences, fera, les mercredis et vendredis, à 4 heures, des interrogations aux candidats au certificat de physique générale, sur les matières du cours de physique. Il traitera en outre les questions indiquées par le professeur. Il fera, les jeudis, à 10 h. 1/4, une conférence aux candidats à l'agrégation (exercices pratiques) — Les manipulations auront lieu, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, de 9 h. à 11 h. 1/2. — M. Matignon, maître de conférences, étudiera quelques questions de chimie générale et les métaux, les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et jeudis, à 5 h. — M. Béhal, maître de conférences, fera, les mardis à 4 h. et les samedis à 4 h., des conférences de chimie organique. Il fera l'étude particulière des combinaisons cycliques (série aromatique). — M. Riban, maître de conférences, fera une conférence d'analyse qualitative, les vendredis, à 11 heures. Le laboratoire est ouvert tous les jours de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures pour les élèves qui désirent se livrer à des travaux de chimie générale ou de chimie analytique ou à des recherches personnelles sur les diverses parties de la chimie. Manipulations pour le certificat de chimie générale, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 h. Manipulations les vendredis, de 1 heure à 5 heures, pour les candidats à l'agrégation; les jeudis, de 1 heure à 5 heures, pour les professeurs de collèges. — M. Michel, maître de conférences, fera des conférences sur la *minéralogie*, les mardis et samedis, à 8 h. 1/2.

Sciences naturelles : M. Boutan, maître de conférences, fera, les vendredis, à 9 h. 1/2 du matin, et les samedis, à 7 h. 1/2 du soir, des conférences de zoologie sur les mollusques et les arthropodes. — M. Hérouard, maître de conférences, fera, les mercredis à 5 h. 1/4 et les vendredis à 1 h. 1/4, des conférences de zoologie sur les vers, les échinodermes et les protozoaires. — M. Louis Lapicque, maître de conférences, fera, les lundis à 5 h. 1/4 et les vendredis à 2 h. 1/2, des conférences de physiologie expérimentale sur la circulation, la respiration et la sécrétion. — M. Matruchot, maître de conférences, fera, les jeudis à 8. h 3/4 et les vendredis à 10 h. 3/4, des conférences de botanique. Il étudiera la morphologie, la physiologie et le développement des cryptogames non vasculaires. — M. Molliard, chef des travaux pratiques de botanique, dirigera, les samedis à 5 h., des exercices de botanique préparatoires à l'agrégation des sciences naturelles. — M. Haug, maître de conférences, fera, les jeudis, à 10 heures, et les samedis, à 2 heures, des conférences de géologie et traitera en particulier des terrains secondaires et tertiaires. Il fera, les vendredis à 4 h. 1/2, des conférences de Géologie et de Paléontologie préparatoires à l'agrégation des sciences naturelles. — Les travaux pratiques auront lieu les lundis, de 9 h. à 11 h. 1/2, les jeudis de 11 heures à midi et les samedis, de 3 h. à 4 h. — M. N..., maître de conférences, fera des conférences et des travaux pratiques de *pétrographie* les lundis à 1 h. 1/2, pour les candidats à l'agrégation des sciences naturelles et les mercredis à 9 heures, des conférences de pétrographie préparatoires au certificat de géologie.

Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Physique : 1re *section* : M. P. Janet, professeur à la Faculté, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 6 novembre. Il traitera les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. : Principes de mécanique, chaleur, électricité. magnétisme, électro-magnétisme. 2e *section* : M. Lucien Poincaré, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi 7 novembre. Il traitera les mardis, jeudis, samedis, à 9 heures : Principes de mécanique, chaleur, électricité, magnétisme, électro-magnétisme M. Krouchkoll, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de physique les lundis, mardis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Chimie* : 1re *section*. M. Joannis, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi, 7 novembre. Il traitera les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures : métalloïdes, métaux, chimie analytique. 2e *section* : M. Péchard, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 6 novembre. Il traitera les lundis, mercredis, vendredis, à 9 heures : Métalloïdes, métaux, chimie analytique. M. Etaix, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de chimie les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Zoologie* : M. R. Perrier, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 6 novembre. Il étudiera les points principaux de la zoologie générale et commencera l'histoire des groupes zoologiques. 1re *section* : les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2. 2e *section* : les mardis et samedis à 10 h. 1/2. M. Fischer, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de zoologie les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Botanique* : M. Daguillon, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le mercredi 8 novembre. Il traitera des plantes cryptogames. 1re *section* : les mercredis, à 10 h. 1/2. 2e *section* : les jeudis, à 10 h. 1/2. M. Chauveaud, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de botanique les mercredis, jeudis, vendredis et samedis de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2.

Enseignement pratique de chimie appliquée.

Directeur : M. N... — Sous-directeur : M. Chabrié.

L'enseignement pratique est coordonné aux cours et conférences de chimie de la Faculté et comprend : en 1re année, les préparations de la chimie minérale, les analyses minérales qualitatives et les analyses minérales quantitatives élémentaires; en 2e année, les analyses quantitatives et les préparations de la chimie organique; en 3e année, les analyses et les préparations des produits industriels. Les exercices de laboratoire ont lieu de 9 h. à 5 h. M. Chabrié, chef des travaux pratiques de 1re année, réunit les élèves les lundis et jeudis, le matin, à 9 heures, et leur donnera les indications nécessaires pour l'exécution de leur travail. M. Freundler, chef des travaux pratiques de 2e année, réunit les élèves de 2e année les lundis et jeudi à 11 heures; M. Auger, chef des travaux pratiques de 3e année, réunit les élèves de 3e année, les mercredis et samedis à 11 heures.

Professeur honoraire : M. Ch. Hermite.

Tableau des jours et heures des cours, conférences et travaux pratiques.

Lundis : MM. Leduc (Laboratoire de Physique), 9 h.; Péchard (rue Rataud, 1), 9 h.; Riban (Laboratoire de Chimie), 9 heures; P. Janet (r. Rataud, 1), 9 h.; Chabrié (rue Michelet, 3), 9 h; Haug (Laboratoire de Géologie), 9 h; Le Dantec (r. de l'Estrapade, 18), 10 h.; H. Poincaré (Amph. Chasles), 10 h. 1/2; Perrier (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2; Freundler (r. Michelet, 3), 11 h.; Troost (Amph. de Chimie), 1 h.; N..., Agreg. (Laboratoire de Géologie), 1 h. 1/2; Krouchkoll (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Fischer (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Andoyer (Agr., Amph. Le Verrier), 1 h. 1/2; Riban (Salle de conf. du Laboratoire), 3 h; Giard (r. d'Ulm, 3), 2 h.; Pellat (salle des conf. de Physique), 4 h. 1/4; Chatin (Amph. Milne Edwards), 4 h.; Matignon (Agrégation. Laboratoire), 5 h.; Lapicque (Amph. de Physiologie), 5 h. 1/4; N... (Amph. Le Verrier), 5 h. 1/2.

Mardis : MM. G. Goursat (Amphithéâtre Cauchy), 8 h. 1/2; G. Bonnier (Laboratoire de Botanique), 8 h. 1/2; Michel (Laboratoire de Minéralogie), 8 h. 1/2; Boussinesq (Amph. Chasles), 10 h. 1/4; Joannis (r. Rataud, 1), 9 h.; L. Poincaré (rue Rataud, 1), 9 h.;

Matignon, (Amph. de Chimie), 10 h. 1/2; Perrier (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2; Bouty (Amph. de Phys.), 1 h. 1/2; Andoyer (Amphithéâtre Chasles), 1 h. 1/2; Vélain (Amph. de Géologie), 1 h. 3/4; Krouchkoll (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Etaix (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Fischer (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Duclaux (Institut Pasteur, r. Dutot, 23), 2 h. 1/2; Hadamard (Salle V.), 3 h.; Y. Delage (Amph. Milne-Edwards), 4 h.; Béhal (Amph. de Physiologie), 4 h.; N... (Amph. Chasles), 5 h. 1/2.

Mercredis : MM. Appell (Amphithéâtre Géolog.), 2 h. 1/2; Janet (rue Rataud, 1), 9 h.; Leduc (Labor. de Physique), 9 h.; Péchard (rue Rataud, 1), 9 h.; Riban (Amphithéâtre de Chimie), 9 h.; Daguillon (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2; Darboux (Salle Saint-Jacques), 10 h. 3/4; Etaix (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Fischer (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Chauveaud (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Ditte (Amph. de Chimie), 2 heures; Giard (rue de l'Estrapade, 18), 2 heures; Puiseux (Amph. Le Verrier), 3 h.; G. Bonnier (amph. Cauchy), 4 h.; Leduc (Salle des Conf. de Phys.), 4 heures; G. Bonnier (Laborat. de Botanique), 8 h. 1/2; Hérouard (Amph. Milne-Edwards), 5 h 1/2; Auger (r. Michelet, 3), 11 heures; Vélain (Laborat. de Géographie physique), 1 h. 1/2; J. Perrin (Amphit. de Chimie phys.), 5 h. 1/2. N... (Laboratoire de Géologie), 9 heures.

Jeudis : MM. Pellat (Agr., Salle des Conf. de Phys.), 8 h. 1/2; Kœnigs, (Amphith. Chasles), 8 h. 3/4; Matruchot (Amphit. Cauchy), 8 h. 3/4; Leduc (Labor. de Phys.), 9 heures; L. Poincaré (rue Rataud, 1), 9 h.; Riban (Lab. de Chimie), 9 h.; Joannis (rue Rataud, 1), 9 h. Chabrié (rue Michelet, 3), 9 h.; Haug (Laboratoire de Géologie), 10 heures; Leduc (Agr., Salle des Conf. Phys.), 10 heures 1/4; H. Poincaré (Amph. Chasles), 10 h. 1/2; Andoyer (Agr., Amph. Le Verrier), 10 h. 1/2.; Daguillon (rue Rataud, 1), 10 h. 1/2; Haug (Lab de Géologie) 11 h.; Le Dantec (rue de l'Estrapade, 28), 10 heures; Troost (Amph. de Chimie, 1 h.; Riban (Lab.), 1 heure; Blutel (Agrégation, Amph. Le Verrier), 1 h. 1/2; Fischer, (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Chauveaud (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Duclaux (Institut Pasteur), rue Dutot, 25), 2 h. 1/2; Y. Delage (Amphit. Milne-Edwards), 4 heures; Hadamard (agrégation, Amph. Le Verrier), 3 h.; Pellat (Amphith. de Physique), 4 h.; Matignon, (agrég. Laborat.), 5 h. Freundler, (r. Michelet, 3), 11 h.; Labbé (Laboratoire), 12 h. 1/2; N... (Amphithéâtre Le Verrier), 5 h. 1/2.

Vendredis: MM. Appell (Amphith. de Géologie), 2 h. 1/2; Pellat (Agr. Salle des Conf. de Phys.), 8 h. 1/2; Matruchot (Amph. Cauchy), 10 h. 3/4; Leduc (Lab. de Phys.), 9 h.; Janet (rue Rataud, 1), 9 h.; Riban (Laboratoire de Chimie), 9 h.; Péchard (rue Rataud, 1), 9 h.; Boutan (Amph. Milne-Edwards), 9 h. 1/2; Perrier (r. Rataud, 1,) 10 h. 1/2; Darboux (Salle Saint-Jacques), 10 h. 3/4; Riban (Salle des conf. du Labor. de Chimie), 11 h.; Riban (Agrég. Labor.), 1 h.; Krouchkoll (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Etaix (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Chauveaud (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2; Ditte (Amph. de Chimie), 2 h.; G. Bonnier (Amph. Cauchy), 4 h.; Leduc (Salle des Confér. de Phys.), 4 h.; Haug (Laboratoire de Géologie), 4 h. 1/2; J. Perrin (Amphithéâtre de Chimie physique), 5 h. 1/2; Vélain (Labor. de Géographie physique), 9 h.; Goursat (Amphit. Cauchy), 8 h. 1/2; Hérouard (Amph. Milne-Edwards), 1 h. 1/4; Lapicque (Amph. de Physiologie), 2 h. 1/2.

Samedis : MM. Michel (Laboratoire de minéralogie), 8 h. 1/2; Boussinesq (Amph. Chasles), 10 h. 1/4; Joannis (rue Rataud, 1), 9 h.; L. Poincaré (r. Rataud, 1), 9 h.; Chatin (Amph. Milne Edwards), 9 h.; Vélain (Amphith. de Géologie), 10 h. 1/4; Perrier (rue Rataud 1), 10 h. 1/2; Giard (rue de l'Estrapade, 18), 11 h.; Auger (rue Michelet, 3), 11 h.; Bouty (Amph. de Phys.), 1 h. 1/2; Puiseux (Amph. Le Verr.), 3 h. 1/2.; Krouchkoll (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Etaix (r. Rataud, 1), 1 h. 1/2; Chauveaud (rue Rataud, 1), 1 h. 1/2, Haug (Amphithéâtre de Géologie) 2 h.; Matignon (Amphithéâtre de Chimie), 10 h. 1/2.; Béhal (Amphithéâtre de physiologie), 4 h.; Hadamard (Amphit. Le Verrier), 5 h.; Molliard (agrég., Amphit. Cauchy), 5 h; Boutan (Amph. Milne-Edwards), 7 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre.

Les cours d'analyse supérieure et algèbre supérieure, par M. Picard (Etude des Equations aux dérivées partielles); — de calcul différentiel et calcul intégral, par M. Goursat (Equations différentielles); — de mécanique rationnelle, par M. Appell (Lois générales du mouvement des systèmes; Mécanique analytique, Hydrostatique et Hydrodynamique); — d'Astronomie physique, par M Wolf (programme du certificat d'astronomie); — de physique mathématique, par M. Boussinesq (Théorie des *Ondes d'oscillation* (houle et clapotis de la mer); théorie des ondes produites à la surface d'une eau tranquille par l'*émersion* d'un solide ou par une *impulsion* superficielle; propagation du mouvement dans un fluide élastique et homogène de dimensions infinies); — de mécanique physique et expérimentale, par M. Kœnigs (étude des machines); — de physique, par M. Lippmann (acoustique et optique); — de Physique, par M. Pellat (Electrolyse; Polarisation des Electrodes; Electrocapillarité); — de chimie organique, par M. Haller (composés de la série grasse; — de minéralogie, par M. Hautefeuille (cristallographie et propriétés optiques des cristaux, principales espèces minérales); — de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. H. De Lacaze-Duthiers (Organes et fonctions de reproduction dans les principaux groupes du règne animal et embryologie des vertébrés dans ce qu'elle présente de plus important); — de physiologie, par M. Dastre (fonctions de relation); — de géologie, par M. Munier-Chalmas (Etude des formations sédimentaires, du métamorphisme général, des mouvements élémentaires du sol et des terrains primaires); — d'éléments d'analyse et de mécanique, par M. Raffy (Equations différentielles et leurs applications à la mécanique et à la physique; — de chimie physique, par J. Perrin; (Solutions étendues et électrochimie); — de chimie analytique, par M. Riban (dosage et séparation des métaux; — de physique, (certificat d'études P. C. N.), par MM. P. Janet et L. Poincaré (acoustique, optique et météorologie); — de chimie (certificat d'études P. C. N.), par MM. Joannis et Péchard (chimie organique); de zoologie (certificat d'études P. C. N.), par M. R. Perrier (histoire des principaux groupes de métazoaires); — de botanique (certificat d'études P. C. N.), par M. Daguillon (anatomie, physiologie et classification des plantes vasculaires).

Les registres des inscriptions prescrites pour les certificats d'études supérieures et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles seront ouverts, au secrétariat de la Faculté, du 25 octobre au 15 novembre, du 3 au 18 janvier; du 1er au 15 mars; du 1er au 15 mai.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.

Programme des Cours pour l'année classique 1899-1900.

Cours de Botanique (Organographie et physiologie végétales). — M. Ph. Van Tieghem, professeur. — Le professeur traitera de la morphologie et de la physiologie des plantes. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'hiver, les Mardis, Jeudis et Samedis, à neuf heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie.

Cours d'Anatomie comparée. — M. H. Filhol, professeur. — Le professeur traitera des appareils de la respiration dans le règne animal et continuera, en conférence, d'exposer l'organisation de la nouvelle galerie d'anatomie comparée. Les leçons auront lieu, pendant le semestre d'hiver, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à deux heures, dans l'Amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2.

Cours de Zoologie : Reptiles, batraciens et poissons. — M. Léon Vaillant, professeur. — Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des poissons Elasmobranches, Ganoïdes et Dipnoïques (1re partie du Cours d'Ichtyologie). Les leçons auront lieu, pendant le semestre d'hiver, les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Zoologie. Elles seront complétées par des conférences pratiques.

Cours de Zoologie: Animaux articulés. — M. E.-L. Bouvier, professeur. — Le cours comprendra trois parties: l'une sera consacrée au développement des Péripates, des Myriapodes et des Thysanoures, l'autre, à l'exposé de l'Histoire naturelle des Crustacés, la troisième à l'étude rapide des Articulés contenus dans les galeries. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis.

Cours de Physiologie générale. — M. N. Gréhant, professeur. — Le professeur continuera l'étude des phénomènes généraux de la nutrition et de la respiration. Le cours aura lieu, pendant le semestre d'hiver, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à trois heures, dans le Laboratoire de Physiologie générale (quai Saint Bernard).

Cours de Pathologie comparée. — M. Chauveau, professeur. — Le professeur continuera l'exposition des principes généraux de l'énergétique biologique. Les Leçons et Conférences auront lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à deux heures, au Laboratoire de Pathologie comparée.

Cours d'Anthropologie. — M. E.-T. Hamy, professeur. — Le cours sera consacré à l'étude des races anciennes de l'Europe. Il aura lieu, dans le semestre d'été, les Mardis, Jeudis et Samedis, à trois heures, dans l'Amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2.

Cours de Physique appliquée à l'Histoire naturelle. — M. H. Becquerel, professeur. — Le professeur traitera de la lumière. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure, dans le grand Amphithéâtre.

Cours de Botanique classifications et familles naturelles). — M. Ed. Bureau, professeur. — Le professeur, pendant les mois de Mars et Avril, traitera des caractères de la végétation aux différentes époques géologiques, tous les Mercredis, à une heure. A

partir du mois de Mai, il étudiera les familles vivantes des Dicotylédones gamopétales. Ces leçons auront lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure. Des herborisations font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales.

Cours de Physique végétale. — M. L. Maquenne, professeur. — Le cours comprendra l'étude de l'alimentation et du développement des plantes. Le professeur traitera des principales fonctions qui se rattachent à la vie végétale, en particulier de la germination et des phénomènes d'assimilation. Les leçons auront lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie.

Cours de Chimie appliquée aux corps organiques.—M. Arnaud, professeur. — Le professeur traitera des Composés azotés organiques en général, Amides, Amines. Alcaloïdes et Albuminoïdes, dont l'étude successive aura pour but de rappeler le rôle et l'importance dans l'organisme vivant, animal ou végétal. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Lundis, Jeudis et Samedis, à quatre heures et demie, dans l'Amphithéâtre de Chimie, rue de Buffon, 63.

Cours de Géologie. — M. Stanislas Meunier, professeur. — Le professeur exposera l'Histoire des idées relatives à l'origine des principales catégories de formations géologiques. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à cinq heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie, pendant le semestre d'été. Il sera complété par des excursions géologiques annoncées par des affiches spéciales.

Cours de Minéralogie. — M. A. Lacroix, professeur. — Le professeur continuera l'étude des Minéraux oxygénés, à l'exclusion des silicates. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'hiver, les Mercredis et Vendredis, à trois heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie. Des conférences sur la composition minéralogique des roches éruptives auront lieu le lundi matin, à dix heures, dans le laboratoire de minéralagie, rue de Buffon, n° 61.

Cours de Physiologie végétale appliquée à l'agriculture. — M. Dehérain, professeur. — Le professeur traitera de la terre arable et des engrais. Ce cours aura lieu pendant le semestre d'été, les Mardis et Samedis, à deux heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie. Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le Laboratoire, rue de Buffon, 63 ; elles auront lieu le Lundi, à une heure trois quarts.

Cours de Zoologie : Mammifères et Oiseaux. — M. A. Milne-Edwards, professeur.— Ce cours portera sur l'organisation, la classification et la distribution géographique des Mammifères. Il aura lieu, pendant le semestre d'été, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de la Galerie de Zoologie. Des conférences dans la Ménagerie seront indiquées par des affiches spéciales.

Cours de Zoologie : Annélides, Mollusques et Zoophytes. — M. Edmond Perrier, professeur. —Le professeur exposera l'Histoire des Eponges, du Corail, de la Nacre, des Perles et des Mollusques comestibles ou utilisés par l'industrie. Le professeur s'efforcera de tirer parti, pour cet enseignement, des matériaux rassemblés pour l'Exposition universelle. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'été, les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure et demie, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Zoologie.

Cours de Paléontologie. — M. Albert Gaudry, professeur. — Ce Cours aura pour objet la Paléontologie française et particulièrement l'étude des gisements de fossiles du Plateau central de la France. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à trois heures et demie, dans l'Amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2.

Cours de Culture. — M. Maxime Cornu, professeur. — Le professeur parlera des Cultures coloniales. Ce cours aura lieu, pendant le semestre d'hiver, les Lundis, Mercredis et Vendredis, à neuf heures, dans l'Amphithéâtre de Mineralogie.

Cours de Dessin appliqué à l'histoire naturelle.— M. Frémiet, pour les *Animaux*. Ce cours, qui se fait pendant le semestre d'été, aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à quatre heures. — Mme Madeleine Lemaire, pour les *Plantes*. L'ouverture de ce cours, qui dépend de la marche de la saison, sera annoncée par une affiche particulière. Il aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à 3 heures.

Un enseignement spécial pour les voyageurs naturalistes aura lieu dans le courant de l'été. Une affiche en fera connaître la date d'ouverture.

Bibliothèque. — La Bibliothèque du Muséum est ouverte aux lecteurs, de 10 à 4 heures, tous les jours, excepté les Dimanches et jours fériés.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE.

Directeur de l'École : M. G. Planchon.
Directeur et professeur honoraire : M. Chatin.
Professeurs honoraires : M. Berthelot, Marchand et Riche.

Année scolaire 1899-1900. — *Cours du premier Semestre.*

Zoologie: M. A. Milne-Edwards, prof., mardi, jeudi et samedi, à midi 1/2. Zoologie. Classifications. (Amphithéâtre du Sud.)—*Histoire naturelle des médicaments:* M. Planchon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. Produits fournis par les familles depuis les Renonculacées jusqu'aux Composées. (Amphithéâtre du Nord.) — *Physique* : M. Le Roux, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2. Acoustique. Optique. (Amphithéâtre du Sud.) — *Chimie minérale* : M. Moissan, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/4. Généralités de la Chimie. Métalloïdes. (Amphithéâtre du Nord.) — *Chimie analytique* : M. Villiers-Moriamé, lundi, mercredi et vendredi, à 10 h. 1/2. Analyse qualitative des matières minérales. Produits organiques. Matières alimentaires. Produits physiologiques et pathologiques. (Amphithéâtre du Nord.) — *Pharmacie galénique* : M. Bourquelot, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2. Médicaments d'origine animale (Sérums). Opérations pharmaceutiques, médicaments internes obtenus par solution, distillation et évaporation. (Amphithéâtre du Sud.)

Conférences. — M. Moureu, agrégé. Conférences préparatoires au cours de chimie organique. Lundi, mercredis, vendredi, 5 heures. (Amphithéâtre du Sud.)

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : Moissan, pour la chimie générale. Jungfleisch, pour la chimie analytique. Guignard, pour la micrographie. Beauregard, pour la microbiologie. M. Guerbet, chef des travaux chimiques de 1re année. M. Cousin, sous-chef des travaux chimiques. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi et samedi, de 1 à 4 h. 1/2. Laboratoires. *Chimie* : M. Lextreit, chef des travaux chimiques de 2e année. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 4 h. 1/2. Laboratoires. — *Micrographie* : M. Guérin, chef des travaux micrographiques de 3e année. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 4 h. 1/2. Laboratoires. — *Microbiologie* : M. Lutz, chef des travaux de microbiologie de 3e année. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 4 h. 1/2. Laboratoires. — 4e année : Les candidats au diplôme supérieur, élèves de 4e année, sont autorisés à participer, dans les différents laboratoires de l'Ecole et d'une manière permanente, à tous les travaux et exercices utiles à leurs études.

Tableau des jours et heures des cours du 1er *semestre.* Lundis : MM. Planchon, 4 h. ; Bourquelot, 9 h. 1/2 ; Villiers-Moriamé, 10 h. 1/2 ; Moureu, 5 heures. — Mardis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Moissan, 4 h. 1/4 ; Le Roux, 9 h. 1/2. — Mercredis : MM. Planchon, 4 heures ; Bourquelot, 9 h. 1/2 ; Villiers-Moriamé, 10 h. 1/2 ; Moureu, 5 heures. — Jeudis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Moissan, 4 h. 1/4 ; Le Roux, 9 h. 1/2. — Vendredis : MM. Planchon, 4 h. ; Bourquelot ; 9 h. 1/2 ; Villiers-Moriamé, 10 h. 1/2 ; Moureu, 5 heures. — Samedis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Moissan, 4 h. 1/4 ; Le Roux, 9 h. 1/2.

Division des Études.

Première année : Chimie minérale. Chimie organique. Physique. Minéralogie et Hydrologie. Botanique générale. — *Deuxième année* : Matière médicale. Chimie minérale. Chimie organique. Pharmacie chimique. Botanique générale. Toxicologie. Chimie analytique. Cryptogamie. — *Troisième année* : Zoologie. Matière médicale. Pharmacie galénique. Chimie analytique. — L'ouverture des cours du 1er semestre a eu lieu le 3 novembre 1899.

Dispositions générales.

Les études en vue de l'obtention des diplômes de pharmacien de 1re et de 2e classes durent six années, savoir : trois années de stage dans une officine et trois années de scolarité. Le décret du 26 juillet 1885 règle comme il suit les conditions du stage et de la scolarité.

Stage. — Le stage officinal est constaté au moyen d'inscriptions délivrées au Secrétariat de l'Ecole.

Pour être admis à prendre la première inscription, le stagiaire doit avoir *seize* ans accomplis ; il produira : en vue de la 1re classe, le diplome de bachelier ès sciences ou ès lettres complet ou de l'enseignement secondaire spécial ; en vue de la 2e classe, le certificat d'études institué par le décret du 30 juillet 1886 est obligatoire depuis le 1er novembre 1887.

L'inscription a lieu, dans le délai de quinzaine, sur la production d'un certificat de présence délivré par le titulaire de l'officine à laquelle le stagiaire est attaché ; toute période de stage irrégulièrement constatée est considérée comme nulle.

L'inscription doit être renouvelée tous les ans, au mois de juillet, et régularisée à chaque changement d'officine par l'élève.

L élève stagiaire qui néglige pendant trois ans, pour une cause autre que celle du service militaire, de prendre des inscriptions, perd le bénéfice de l'inscription prise antérieurement et correspondant à une année de stage. — Le stagiaire acquitte un droit fixe de *un franc* par inscription.

Les stagiaires de 1re et de 2e classes qui justifient de trois années régulières de stage subissent un *examen de validation*, dont le programme est déterminé, devant un jury spécial qui siège à l'Ecole deux fois par an, aux mois de juillet, août et novembre. La deuxième session annuelle s'ouvrira le mercredi 3 novembre 1888.

Aucun candidat ne peut se présenter pour l examen de validation devant deux établissements différents pendant la même session. En cas d'infraction à cette disposition, le candidat peut être exclu à temps ou à toujours de toutes les Ecoles de Pharmacie.

Immatriculation. — L'élève qui commence ses études à l'Ecole doit déposer au secrétariat : 1° son acte de naissance ; 2° le certificat d'examen de validation de stage, 3° pour la 1re classe, l'un des diplômes de bachelier exigés ; pour la 2e classe, l'un des certificats d'étude ou de grammaire complété prévus par les décrets du 26 juillet 1885 et du 30 juillet 1886 : 4° s'il est mineur, le consentement de son père ou tuteur l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques.

Les élèves sont tenus, en entrant, d'écrire eux-mêmes, sur un registre spécial, leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance, leur adresse exacte et celle de leur famille. Chaque changement de résidence fera l'objet d'une nouvelle déclaration. L'élève qui fait une fausse déclaration est passible de la perte d'une ou de deux inscriptions.

Inscriptions de scolarité. — Les inscriptions de scolarité sont au nombre de douze. Elles sont délivrées, pendant la première quinzaine de chaque trimestre, aux jours et heures déterminés par le règlement intérieur de l'Ecole. La première inscription doit être prise au trimestre de novembre. Les élèves ne peuvent prendre leurs inscriptions par correspondance ni par mandataire.

En vertu de l'article 27 du décret du 30 juillet 1883, tout étudiant qui, sans motifs jugés valables par l'Ecole, néglige *pendant deux ans* de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. Le temps passé sous les drapeaux n'est pas compté dans le délai de péremption.

En aucun cas, les inscriptions de 2e classe ne peuvent être converties en inscriptions de 1re classe pour les élèves en cours d'études. Cette conversion peut être autorisée en faveur des pharmaciens de 2e classe qui ont exercé la pharmacie pendant un an au moins.

Travaux pratiques obligatoires. — Pendant les trois années de la scolarité, les élèves de 1re et de 2e classes sont tenus de prendre part aux travaux pratiques obligatoires, qui comprennent nécessairement la chimie minérale, organique et analytique, la toxicologie, la pharmacie, la minéralogie, la micrographie et la physique. Les herborisations sont également comprises dans les travaux pratiques.

Travaux pratiques facultatifs. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions et ceux dont la scolarité sera interrompue par suite d'ajournement à un examen de fin d'année ou semestriel, pourront, sur leur demande écrite, être admis par M. le Directeur à prendre part à telle ou telle série de travaux pratiques, moyennant le payement, en un seul terme, d'un droit fixe de 10 francs. Cette rétribution est indépendante des droits de travaux pratiques obligatoires et ne peut être confondue avec eux.

Le candidat ajourné à un examen de fin d'année n'est admis à participer qu'aux manipulations de l'année qu'il n'a pas validée. — L'admission aux exercices facultatifs ne confère aucun droit à des inscriptions rétroactives.

Examens de fin d'année. — Les candidats de 1re et 2e classes subissent un examen de fin d'année après les 4e et 8e inscriptions ; en outre, ceux de 1re classe passent un examen semestriel après la 10e inscription.

Les examens de fin d'année ont lieu au mois de juillet ; l'examen semestriel dans la première quinzaine d'avril. Les candidats ajournés peuvent renouveler cette épreuve aux mois de juillet et de novembre. Ces examens portent sur les matières enseignées pendant l'année scolaire qu'ils valident. Tout étudiant ajourné à un examen de fin d'année ne peut être autorisé à changer d'Ecole avant d'avoir réparé son échec.

Examens probatoires. — Après la 12e inscription, les étudiants sont admis à subir les trois examens probatoires. Aucune dispense d'âge n'est exigée des candidats ; aucun délai n'est imposé entre chacun de ces examens subis avec succès En cas d'échec, le délai d'ajournement est fixé à trois mois au minimum.

Les candidats au diplôme de 1re classe doivent subir les trois examens probatoires dans l'Ecole où ils ont accompli la troisième année de leur scolarité. Les aspirants au diplôme de 2e classe sont tenus de les subir devant la Faculté mixte ou Ecole dans le ressort de laquelle ils doivent exercer. Le diplôme n'est délivré à l'impétrant qu'après ses vingt-cinq ans révolus.

Diplôme supérieur. — Le décret du 12 juillet 1878 a institué un diplôme supérieur qui s'obtient, pour les candidats déjà pharmaciens de 1re classe non pourvus du grade de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, à la suite d'une quatrième année d'études, validée par un examen et la soutenance d'une thèse originale acceptée par l'Ecole. Les candidats qui justifient de l'un des grades de licencié précités, ne sont astreints qu'à la soutenance de la thèse. Le diplôme supérieur est équivalent au doctorat ès sciences physiques ou naturelles. Les pharmaciens qui en sont pourvus peuvent être nommés aux emplois de professeurs ou agrégés dans les Ecoles supérieures, aux emplois de professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les Facultés mixtes.

Perception des droits universitaires. — La perception des droits de bibliothèque et de travaux pratiques obligatoires et facultatifs, le recouvrement et le remboursement des consignations pour examens de toute nature, sont opérés à la caisse du Receveur des droits universitaires, rue Saint-Jacques, 55, à Paris, sur la présentation d'un *bulletin de versement* ou d'un *ordre de remboursement*, suivant le cas, que le Secrétaire de l'Ecole délivre à l'étudiant, ou au candidat ajourné, sur sa demande.

Aux termes de l'article 4 de l'arrêté du 25 juillet 1882, les familles des étudiants ont la faculté d'effectuer les mêmes opérations financières aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, dans leur département.

Bourses. — Le concours pour l'obtention des bourses de l'Etat de pharmacien de 1re classe s'ouvre ordinairement à l'Ecole, dans la dernière semaine du mois d'octobre. Les candidats doivent se faire inscrire à la Sorbonne, du 20 septembre au 15 octobre, en produisant les pièces exigées.

Bibliothèque. — La Bibliothèque de l'Ecole est ouverte tous les jours non fériés de 11 heures du matin à 4 heures, et de 8 heures à 10 heures du soir.

Salles de Collections. — Les salles de collections sont ouvertes aux étudiants aux jours et heures qu'indiquent des affiches spéciales.

Jardin botanique. — Le jardin botanique est ouvert aux élèves tous les jours non fériés, de 7 heures du matin à 6 heures en été, et et de 8 heures à 4 heures en hiver.

Bourses pour pharmaciens de 1re classe.

Article 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses des pharmaciens de 1re classe a eu lieu au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 29 octobre 1894.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription ont été clos le samedi 20 octobre à 4 heures.

Art. 3. — Sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions, qui ont subi, avec la note *bien*, les examens de fin de première et de deuxième années et l'examen semestriel ; 2° les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur.

Art. 4. — En exécution des prescriptions du règlement du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites, portant sur les matières énumérées dans le programme suivant :

Candidats au grade de pharmacien de 1re classe. — Elèves à quatre inscriptions : 1° Physique et chimie ; 2° botanique. — Elèves à huit inscriptions : 1° Chimie organique ; 2° matière médicale et pharmacie. — Elèves à 12 inscriptions : 1° Pharmacie galénique ; 2° chimie analytique et toxicologie.

Candidats au diplôme supérieur. — Section des sciences psycho-chimiques : 1° Physique ; 2° chimie. — Section des sciences naturelles : 1° Botanique ; 2° zoologie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats pourvus du grade de bachelier de l'enseignement secondaire classique ou de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la mention *bien*, peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

Ecole supérieure de Pharmacie de Paris. — Sont nommés pour l'année scolaire 1899-1900, à l'Ecole supérieure de Pharmacie : Chef de travaux pratiques de micrographie, M. Guérin, en remplacement de M. Perrot, appelé à d'autres fonctions. — Chef des travaux pratiques de chimie (1re année), M. Guerbert, en remplacement de M. Grimbert, appelé à d'autres fonctions. — Sous-chef des travaux pratiques de chimie (1re année), M. Cousin, en remplacement de M. Moureu, appelé à d'autres fonctions.

L'Esprit des autres. — « Méfiez-vous des gens qui ne s'habillent pas comme tout le monde. » (Diderot.)

INSTITUT PASTEUR.

Directeur : M. DUCLAUX. — *Sous-Directeur* : M. ROUX.

L'Institut Pasteur, dont nos lecteurs connaissent l'organisation générale, comprend plusieurs services qui fonctionnent simultanément. M. DUCLAUX dirige le laboratoire de chimie biologique, avec M. Fernbach pour chef de laboratoire et M. Pottevin comme préparateur. Pendant le semestre d'hiver, les cours de M. DUCLAUX, qui est professeur à la Faculté des sciences, sont faits à l'Institut Pasteur, deux fois par semaine.

M. le Dr ROUX est le chef du service de Microbie technique. Deux fois par an, avec le concours de M. Metchnikoff, il fait un cours de six semaines. M. Borrel est chef du laboratoire de M. Roux et M. Binot, préparateur. La science des professeurs et le soin qu'ils donnent à leurs leçons leur ont assuré un succès extraordinaire. Pour suivre le cours et les travaux pratiques qui en forment le complément nécessaire, il faut se faire inscrire longtemps à l'avance; les places sont retenues plus d'un an avant l'ouverture. Pour assister aux cours, sans prendre part aux travaux pratiques, il suffit de l'autorisation du professeur. M. Roux et son chef de laboratoire M. Martin dirigent le service de la préparation du sérum antidiphtérique. L'Institut Pasteur possède en ce moment une quantité de chevaux suffisante pour répondre à tous les besoins. Grâce aux subventions de l'Etat et de la Ville de Paris, le service gratuit pour les indigents est assuré et fonctionne régulièrement pour la France et les Colonies. Les travaux sur les divers sérums permettent d'espérer que l'on obtiendra de bons résultats dans le traitement des affections à streptocoques, le traitement du tétanos, de la peste, de la fièvre typhoïde, etc.

M. Roux, avec le concours de M. Charpentier, s'occupe encore de la préparation de la Malléine et de la Tuberculine, qui rendent aujourd'hui de grands services pour le diagnostic de la Tuberculose et de la Morve.

Le Service de la Rage est sous la direction de MM. GRANCHER, CHANTEMESSE et CHARRIN, auxquels a été adjoint M. CHAILLOU. On traite chaque année 1,500 à 1,800 mordus. Aux salles d'inoculation sont annexées des chambres de pansement et d'opération. A ce service de traitement proprement dit est jointe une annexe où sont gardés des animaux inoculés avec les centres nerveux d'animaux mordeurs suspectés de rage. Il arrive, en effet, quelquefois, que des personnes mordues par un animal le sacrifient avant de savoir s'il était ou s'il n'était pas enragé. Comme l'autopsie est le plus souvent insuffisante pour éclairer le diagnostic, l'inoculation à un animal sain peut seule lever tous les doutes.

M. E. METCHNIKOFF dirige, avec l'aide de MM. MESNIL et BORDET, un laboratoire de recherches microbiennes. Sous son impulsion, de nombreux savants ont entrepris l'étude de l'immunité. Comme toutes les grandes découvertes, la théorie de la phagocytose a été niée ou modifiée de diverses façons. Ce processus reste cependant l'une des conditions les plus importantes de la lutte contre les germes et c'est sur lui qu'aux derniers Congrès les attaques et les discussions se sont engagées. La théorie de la phagocytose est sortie de la lutte plus forte et plus accréditée qu'avant. Aujourd'hui, la théorie de l'immunité par la phagocytose n'a plus de contradicteurs. Les découvertes de M. Metchnikoff sur l'étiologie du choléra ont jeté une vive lumière sur le rôle des associations microbiennes favorisant ou empêchant la culture intestinale du bacille virgule.

Les travaux de M. DANYS sur les maladies contagieuses des rongeurs permettent d'espérer que l'agriculture trouvera dans la bactériologie un moyen de protection contre ces animaux nuisibles. Le service des vaccins, confié à M. CHAMBERLAND, s'occupe de la fabrication du vaccin charbonneux, du vaccin du rouget, etc. On voit que l'Institut Pasteur n'est pas seulement réservé au traitement antirabique et qu'il est devenu un des centres les plus actifs des études de chimie biologique et de bactériologie.

Son organisation. — Son fonctionnement.

L'Institut Pasteur est une société civile, s'administrant elle-même; mais, ayant été reconnue d'utilité publique, elle est soumise au contrôle de l'Etat et rattachée au Ministère de l'Intérieur. L'assemblée générale se compose des personnes qui ont pris part à la fondation et correspond à une assemblée d'actionnaires; elle nomme le Conseil d'Administration, approuve ses comptes, etc.

Le budget des recettes se compose : 1° du revenu du reliquat de la souscription publique, se montant à environ 1,200,000 francs, qui ont été placés en fonds d'Etat. Cette souscription s'était élevée à près de trois millions, dont deux environ ont été absorbés par l'achat du terrain et la construction de bâtiments de la rue Dutot; 2° d'une allocation de 10.000 francs du Ministère de l'Agriculture, pour les services rendus par l'Institut (vaccin charbonneux, rouget de porc, tuberculine et malléine); 3° d'une allocation du Ministère de l'Instruction publique, qui paye les traitements des membres, qui étaient autrefois attachés à l'Ecole des hautes études (le laboratoire de M. Pasteur, bien que situé à l'Ecole normale, dépendait des hautes études, ainsi que ceux de MM. Roux et Chamberland); 4° des bénéfices des vaccins charbonneux et autres vendus à très bas prix aux vétérinaires et abandonnés à l'Institut Pasteur par MM. Roux et Chamberland : ces bénéfices sont d'une vingtaine de mille francs par an; 5° des fonds versés par les élèves, qui suivent les cours de l'Institut.

Le *service antidiphtérique* du Dr Roux constitue une annexe de l'Institut Pasteur, et a un budget distinct. Ce service est établi à Garches, dans la propriété que l'Etat avait mise à la disposition de M. Pasteur pour ses expériences sur la rage; il est dirigé par M. Roux, sous le double contrôle du conseil de l'Institut Pasteur et du Ministère de l'Intérieur. Le sérum est distribué gratuitement, sur les indications du Ministère, à l'armée, aux hôpitaux et aux bureaux de bienfaisance et d'assistance de France et des colonies. Ce service est gagé par le revenu de la souscription publique et par une somme que le Parlement a inscrite au budget et qui était cette année de 80,000 francs. Pour le public, le sérum est soumis à la loi sur la pharmacie, c'est-à-dire qu'on en trouve chez tous les pharmaciens au prix de 3 francs le flacon. Les bénéfices seront employés au perfectionnement du service, comme le sont les bénéfices des divers vaccins à l'Institut Pasteur.

L'Institut Pasteur, qui a reçu un don de deux millions de la baronne de Hirsch, fait construire de nouveaux immeubles. Un Institut de chimie biologique (fondation baronne de Hirsch) et un pavillon-hôpital (fondation de Mme X.)

ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT.

Année scolaire 1899-1900. — 1er Semestre.

1re Chaire : MM. BARRIER, professeur, et X..., répétiteur : *Anatomie descriptive et comparée, extérieur du cheval* (étude des préparations anatomiques, dissections, conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, jeudi et samedi, de 9 h. 3/4 à 11 heures. — Dissections : tous les jours, de 8 h. à 11 h.

2e Chaire : MM. KAUFMANN, professeur, et LESAGE, répétiteur : *Physiologie et thérapeutique* (démonstrations pratiques de physiologie et de thérapeutique; conférences ou interrogations). Leçons : Samedi, de 10 à 11 heures. Lundi et vendredi, de 1 à 2 heures. — Démonstrations pratiques : Lundi et mardi, de 4 heures à 5 heures.

3e Chaire : MM. ADAM, professeur, et STOURBE, chef des travaux : *Physique et météorologie*; *chimie organique et biologique* (pharmacie, physique et chimie; technique des manipulations, leçons, conférences et exercices pratiques, conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 heures.— Exercices pratiques : Vendredi, de 2 heures à 5 heures.

4e Chaire : MM. NOCARD, professeur, et LIGNIÈRES, chef des travaux : *Pathologie des maladies contagieuses et police sanitaire* (clinique spéciale et police sanitaire; jurisprudence et médecine légale; inspection des viandes de boucherie; technique microbiologique; conférences et exercices pratiques; interrogations). Leçons : Mardi, de 6 h. 1/2 à 8 h. 45; mercredi, vendredi, de 1 h. à 2 h. 1/4. — Exercices pratiques : Lundi, de 1 heure à 3 heures et samedi, de 2 heures à 3 heures.

5e Chaire : M. TRASBOT, professeur, et X..., répétiteur : *Pathologie générale, pathologie et clinique médicales* (clinique; consultation; conférences et exercices pratiques; interrogations). Leçons : Mardi, de 1 h. à 2 h.; mercredi et vendredi, de 6 h. 30 à 7 h. 40 du matin. — Clinique et consultation : tous les jours, de 8 heures à 11 heures.

6e Chaire : MM. CADIOT, professeur, et ALMY, chef des travaux : *Manuel opératoire*; *pathologie et clinique chirurgicales* (clinique, consultation, médecine opératoire; conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, de 1 heure à 2 heures; jeudi et samedi, de 6 h. 30 à 7 h. 40 du matin. — Clinique et consultation : tous les jours, de 8 heures à 11 heures. — Exercices de chirurgie : Lundi, de 8 heures à 4 heures.

7e Chaire : MM. RAILLIET, professeur, et MAROTEL, chef des travaux : *Botanique, géologie et zoologie* (matière médicale; exercices de matière médicale, de zoologie et d'histologie végétale; conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi, de 8 à 9 heures. — Exercices pratiques : Mardi, de 2 heures à 4 heures.

8e Chaire : MM. BARON, professeur, et RAS, répétiteur : *Hygiène générale*; *zootechnie* (conférences et exercices pratiques au marché de la Villette et à l'Ecole ou à la ferme de Joinville; interrogations). Leçons : Mardi, de 3 heures à 4 heures, et mercredi, de 4 à 5 heures. — Exercices pratiques (au marché de la Villette) : Lundi, de 3 heures à 6 h.; jeudi, de 9 heures à midi.

9e Chaire : MM. Moussu, professeur, et Delmer, chef des travaux : *Pathologie bovine, ovine et porcine* (clinique spéciale ; (conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et vendredi, de 5 à 6 heures. — Clinique spéciale, 8 h. à 9 heures.

10e Chaire : MM. Petit, professeur, et Basset, répétiteur : *Anatomie pathologique; Embryologie; Histologie normale et pathogique* (Technique des autopsies ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, de 5 heures à 6 heures. Vendredi, de 1 heure à 2 heures. Samedi, de 4 heures à 5 heures. — Exercices pratiques : Lundi, mercredi et vendredi, de 1 heure à 4 heures (en été).

Equitation, pour les élèves de la 4e année : Tous les jours (sauf le samedi), de 11 heures 1/2 à 12 h. 1/2 et de 3 à 4 heures.— *Lever* : à 6 heures. — *Coucher* : à 9 heures. — *Etudes* : de 6 heures 1/2 à 7 h. 40 ; de 9 heures à 11 heures ; de 12 h. 1/2 à 3 heures ; de 3 heures 1/2 à 5 heures 1/2 ; de 7 heures à 8 h. 1/2. — *Repas* : collation, à 7 heures 40 ; déjeuner, à 11 heures ; dîner, à 6 heures.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques, à l'Institut, quai de Conti, tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes : celle des *Sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections ; celle des *Sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; minéralogie ; botanique ; économie rurale ; anatomie et zoologie ; médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français et étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

La Section de médecine et chirurgie comprend MM. Marey, Guyon, d'Arsonval, Bouchard, Potain, Lannelongue. MM. Duclaux et Chauveau font partie de la section d'Économie rurale.

La section d'anatomie et zoologie est composée de MM. E. Blanchard, Perrier, de Lacaze-Duthiers, Alph. Milne Edwards, Ranvier, Filhol. Le président, cette année, est M. Van Tieghem Parmi les académiciens libres, il y a M. le Dr Brouardel. — Le *Progrès médical* publie régulièrement une analyse des communications faites à l'Académie des sciences, lorsqu'elles sont du domaine des sciences biologiques. L'Académie des Sciences publie un *Compte rendu* de ses séances, qui paraît toutes les semaines.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 h., rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*) au deuxième étage, dans un local récemment agrandi, grâce au legs d'un de ses membres décédés, M. le Pr Pouchet. Elle possède dans ce local une bibliothèque importante dont le fond est constitué par celle de M. Pouchet. Cette Société réunit l'élite des différentes Écoles scientifiques ayant trait aux Sciences Biologiques et Physiologiques dans l'acception la plus large du mot. La Faculté de médecine y est représentée par un grand nombre de ses professeurs et de ses agrégés. Citons parmi les assidus : MM. Bouchard, Laborde, Ch. Richet, Paul Richer ; MM. Troisier, Bourquelot, Netter, Gley, Langlois, Arthus, Phisalix, Déjerine, R. Blanchard, Gilbert, Ch. Féré, Widal, etc. ; — le Collège de France est représenté aussi par MM. Marey, François Franck, d'Arsonval, Malassez, Henneguy, Fabre-Domergue ; — la Sorbonne, par MM. Duclaux, Dastre, Bonnier, Giard, Regnard. L'Ecole de pharmacie, par MM. Grimaux, Guignard, Bouvier, Beauregard ; — le Muséum, par MM. Vaillant, Kunckel d'Herculais, Boulart. MM. Chauveau, Nocard, Mégnin, Raillet, Kauffmann apportent les travaux sortis des Ecoles vétérinaires. — On voit que tous les grands corps enseignants délèguent à la Société leurs membres les plus actifs.

Le programme d'études et de discussions est donc des plus riches ; il embrasse la physiologie expérimentale et pathologique, l'histologie, l'anatomie pathologique, l'étude des infiniment petits, la clinique, la chimie et la physique médicales. Les étudiants déjà avancés en médecine suivront avec le plus grand fruit les séances de cette Société pour y élargir le cadre de leurs idées générales en Biologie. Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard*, qui est de la valeur de 500 francs, et elle pourra bientôt disposer du *prix Claude Bernard*, dont le montant n'est pas encore fixé ; elle publie régulièrement un bulletin qui est un des recueils les plus intéressants de tout ce qui se fait de neuf en physiologie normale et pathologique. A ce bulletin peuvent s'ajouter des mémoires. Un compte rendu analytique de chaque séance paraît dans le *Progrès médical*. Président, M. le Pr Bouchard ; — Secrétaire général, M. le Dr Gley.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de Médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis, de 3 h. à 5 h. — Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10 ; pathologie médicale, 13 ; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; accouchements, 7 ; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6 ; physique et chimie médicales, 10 ; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des associés étrangers peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100 ; celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante : 1° Anatomie et physiologie, pathologie médicale, thérapeutique et histoire naturelle, anatomie pathologique, hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50 ; étrangers, 25). — 2° Pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements (correspondants nationaux, 24 ; étrangers, 12). — 3° Médecine vétérinaire (correspondants nationaux, 6 ; étrangers, 3). — 4° Physique et chimie médicales, pharmacie (correspondants nationaux, 20 ; étrangers, 10). Président pour 1899, M. Panas. — Vice-Président : M. Marey. — Secrétaire perpétuel : M. Bergeron. — Secrétaire annuel : M. Vallin. — Trésorier : M. Hanriot.

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publiques. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et enfin discute des questions de science pure. Elle publie un Bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux ; au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre ; les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche de 200.000 volumes, en ouvrages imprimés, portraits, estampes et manuscrits, réservée aux membres de la compagnie ; elle est ouverte néanmoins à tous les travailleurs sérieux autorisés. Bibliothécaire : M. Dureau. — Chef des bureaux : M. Cambuzat.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis, jeudis et samedis, à onze heures précises. On envoie en outre gratuitement du vaccin de génisse en tubes à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service : M. Hervieux. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. Meillère.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siège de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation. — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours, de 10 heures à 4 heures. Le *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance de cette importante assemblée avec un soin tout particulier.

Prix de l'Académie. — *Prix de l'Académie*. — 1,000 francs. — Annuel. — Question à poser par l'Académie (1).

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 863 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail ou mémoire inédit sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 416 francs de rente 3 0/0. — Triennal. — Au mémoire qui aura réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix d'Argenteuil. — 1,132 francs de rente 3 0/0. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Baillarger. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. — 2,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Au meilleur mémoire sur les maladies incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

(1) Pour le programme détaillé des Prix, *voir* la séance annuelle de l'Académie, en général le deuxième mardi de décembre.

Prix Charles Boullard. — 618 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les deux ans au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Boulongne. — 2,480 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les deux ans à l'auteur français du meilleur travail imprimé ou manuscrit ou de la découverte la plus importante faite sur la prophylaxie des maladies contagieuses (Mme Boulongne a l'usufruit de cette rente).

Prix Mathieu Bourceret. — 1,209 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'est jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs sera reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 fr. devra être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. — 3,512 francs de rente 3 0/0. Ce prix sera décerné tous les trois ans à l'auteur des meilleures découvertes, ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables, dans l'état actuel de la science.

Prix Campbell Dupierris. — 1,155 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur un sujet d'obstétrique ou sur les eaux minérales.

Prix Chevallier. — 2,000 francs de rente 3 0/0. — Triennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail sur la phtisie et son traitement.

Prix Chevillon. — 1,500 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 833 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse.

Prix Clarens. — 428 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur les maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour, et plus spécialement sur les tumeurs.

Prix Demarle. — 20,000 francs environ à convertir en rente 3 0/0. — Pour la fondation d'un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur les sciences pharmaceutiques. (La famille Demarle a l'usufruit de cette rente).

Prix Desportes. — 1,307 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale et pratique.

Prix Falret. — 365 francs de rente 3 1/2 0/0. — Bisannuel. — Question à poser sur les maladies mentales et nerveuses.

Prix Henri et Maurice Garnier. — Triennal. — 10,000 francs à convertir en rente 3 0/0. — Pour la fondation d'un prix destiné à récompenser les meilleurs travaux et remèdes pratiques contre les maladies épidémiques et contagieuses, telles que fièvre typhoïde, diphtérie, érysipèle, scarlatine, etc. (L'usufruit appartient à la famille Durangel).

Prix Gerdy. — Bisannuel. 5,500 francs de rente 3 0/0. — Le legs Vuilfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. (Voir le règlement du concours.)

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs de rente 3 0/0.— Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement aux meilleurs travaux sur la pathologie interne et sur la pathologie externe.

Prix Guinchard. — 2,000 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura le mieux traité le sujet : *Maladies du croup et des angines croupales, et trouvé le meilleur remède contre ces maladies*). Mme Guinchard a l'usufruit de cette rente).

Prix Herpin (de Metz). — 320 francs de rente 3 0/0. — Quadriennal. — Question à poser sur les meilleures méthodes de traitement abortif d'une maladie interne ou externe, soit à son début, soit dans la période d'incubation. A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

Prix Herpin (Théodore, de Genève). — Annuel. — 3,000 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Hugo. — 200 francs de rente 3 p. 100. — Tous les cinq ans. — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

Prix Huguier. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit, ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Itard. — 799 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Jacquemier. — 20,000 francs à convertir en rente 3 p. 100. — Le revenu de cette somme sera consacré à la fondation d'un prix triennal sur un sujet d'obstétrique. Les travaux destinés au concours devront avoir au moins six mois de publication. (Mme Jacquemier a l'usufruit.)

Prix Laborie. — 5,098 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix sera décerné chaque année à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Larrey (baron). — 500 fr. de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 1,082 fr. de rente 3 p. 0/0. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

Prix Lefèvre. — 600 francs de rente 3 p. 100. — Triennal. — Sur la mélancolie.

Prix Lefort (Jules). — 60 francs de rente 3 p 0/0. — Quinquennal. — Ce prix sera attribué à l'auteur du meilleur travail original et non d'une œuvre de compilation (Etude chimique des eaux minérales et potables.

Prix Lorquet. — 292 francs de rente 3 0/0. Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Louis. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Triennal. — Question à poser sur l'action des agents thérapeutiques journellement employés.

Prix Mège. — 300 francs de rente 3. p. 100. — Ce prix sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet de physiologie expérimentale, d'anatomie pathologique et ensuite à la volonté de l'Académie.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,613 fr. de rente 3 p. 100. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur ouvrage sur les maladies des yeux et des oreilles.

Prix Monbinne. — 1,500 francs de rente 3 p. 100. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Anna Morin. — 12,000 francs. — Cette somme est destinée à l'achat d'un titre de rente 3 p. 100 sur l'Etat français, et les revenus devront être consacrés à la fondation d'un prix quinquennal, qui sera décerné à un médecin âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse. (L'usufruit de cette somme appartient à la famille Morin.)

Prix Nativelle. — 339 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but

l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Bisannuel. — Question à poser sur la toxicologie et la médecine légale.

Prix Oulmont. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix sera donné alternativement à l'interne en médecine et à l'interne en chirurgie qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Perron. — 771 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est quinquennal, sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine. Il pourra être partagé.

Prix Portal. — 600 francs de rente 3 p. 100. — Annuel. — Question à poser sur l'anatomie pathologique.

Prix Pourat. — 700 francs de rente, 3 1/2 p. 100. — Annuel. — Question de physiologie à poser par l'Académie.

Prix Philippe Ricord. — 316 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Henri Roger. — 500 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants. — (Pathologie, hygiène ou thérapeutique). Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication.

Prix Saintour. — 2,218 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 700 francs de rente 3 1/2. — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de Médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Tremblay. — 1,442 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix doit être décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que catarrhe de la vessie, affection de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois. — 724 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène (peut être partagé).

PRIX UNE FOIS DONNÉS. — *Prix Alfaro.* — « J'offre à l'Académie la somme de 2,000 francs pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la question suivante : « Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles publics et privés destinés aux maladies mentales, faire une plus large part au traitement moral et augmenter les moyens d'action. Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections mélancoliques, s'appuyer sur des faits assez nombreux et bien constatés par la science. »

Anonyme. — (Concours Laënnec), 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.

Prix Aubert. — 500 francs. — M. le Dr Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de Médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : « Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose. » Si dans le délai indiqué, personne n'a mérité le prix, l'Academie pourra remplacer cette question par la suivante : « Rechercher les conditions qui peuvent rendre l'homme réfractaire à l'action du bacille de la tuberculose. »

Prix François-Joseph Audiffred. — 24,000 francs de rente 3 0/0. Ce prix sera décerné à la personne sans distinction de nationalité, ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Academie qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 1er avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose, par l'Académie de Médecine.

Prix Saint-Paul. — 25,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura trouvé un remède reconnu, par l'Académie, comme efficace et souverain contre la diphtérie.

Prix Saint-Lager. — 1,500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : Je propose à l'Académie de Médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Legs Bader d'Ernesti. — Une somme de 100,000 francs devant servir, avec d'autres ressources, à la construction projetée d'un nouveau local de l'Académie, sera jointe au legs Demarquay.

Legs Demarquay. — 100,000 francs. — Pour aider l'Académie à avoir un local digne d'elle.

Prix Pierre Guzman (1). — 50,000 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que la rente de ces 50,000 francs soit décernée chaque année au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Legs Segond, dit *Féréol.* — Une somme de 1,000 francs pour être jointe au legs Demarquay.

Prix Nivet. — 3,000 francs. — Ce prix sera décerné, en 1898, à l'ouvrage manuscrit ou imprimé sur l'assainissement des casernes, hôpitaux, hospices, écoles, crèches, asiles et lycées.

Prix Nadau. — Une somme de 3,000 francs pour être donnée à l'auteur du meilleur cours d'hygiène populaire en vingt-cinq leçons, suivant un programme indiqué.

Prix Rufz de Lavizon. — 2,000 francs. — Question : « Etablir, par des faits exacts et suffisamment nombreux chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes de Paris, tient ses séances tous les vendredis, à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du Musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. MM. Cornil, Gombault, Letulle, Brault, Achard, Legry, R. Marie, F. Bezançon, Griffon, Chaput, Guinard, Mauclaire, Morestin, Auvray, et la plupart des jeunes chirurgiens fréquentent assidûment les séances. Tous les deux ans, la *Société Anatomique* décerne le *Prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. Les étudiants qui liront les comptes rendus de la Société y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat ; les comptes rendus des séances sont publiés dans un *Bulletin* mensuel donnant, dans chaque numéro, un mémoire original et de nombreuses figures. Président, M. CORNIL, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté. Aucune communication n'est faite sans pièces à l'appui. Cela évite toute discussion oiseuse, purement clinique, et on a de plus l'avantage de voir défiler sous ses yeux les cas les plus rares de l'anatomie pathologique provenant des hôpitaux de Paris, dont le matériel est d'une richesse incomparable.

Les pièces intéressantes sont gardées avec l'assentiment de leurs possesseurs, pour être placées dans les collections du Musee Dupuytren.

Cette année, le local de cette Société sera agrandi et sa Bibliothèque sera installée d'une façon qui en permettra l'accès. Car c'est l'une des réunions savantes les plus précieuses de Paris à cause de sa tradition sévèrement maintenue de ne faire que des présentations de fait, ce qui exclut les communications de métaphysique scientifique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de Chirurgie de Paris* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. Elle se déclare en vacances pendant les mois d'août et de septembre. Tous ses membres titulaires, sauf de trop rares exceptions (2), appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires de Paris. Les membres correspondants nationaux sont des célébrités chirurgicales de la province et ont la direction de services chirurgicaux importants (maisons de santé ou hôpitaux de nos grandes villes). — Président pour 1899, M. POZZI ; vice-président, M. RICHELOT ; secrétaire-général, M. P. RECLUS ; secrétaires, MM. ROUTIER et JALAGUIER ; trésorier, M. BRUN ; archiviste, M. WALTHER.

(1) L'Académie n'est pas encore autorisée à accepter ce legs, les formalités n'étant pas terminées.

(2) Cette Société, qui est une Société fermée, s'honorerait certainement en admettant dans son sein les chirurgiens parisiens qui ne font pas partie du corps chirurgical des hopitaux, et qui cependant ont un nom fort honorablement connu.

La Société de Chirurgie dispose de quatre prix: le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes titulaires dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. Le prix Demarquay est de la valeur de 650 fr. environ (intérêt d'une somme de 10,000 fr). La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance.

Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. Le *Progrès Médical* publie très régulièrement le compte rendu détaillé des séances de cette Société, une des plus importantes de Paris, la seule Société purement chirurgicale de France, en dehors de l'*Association française de Chirurgie*, qui se réunit tous les ans, et dont la dernière session vient d'avoir lieu à Paris du 16 au 21 octobre 1899.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

La *Société médicale des Hôpitaux* se réunit tous les vendredis, excepté le 1er vendredi de janvier, le Vendredi Saint, le 1er vendredi d'octobre et les 2 mois de vacances (août et septembre) qu'elle prend chaque année, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3 à 4 h.; ces séances sont publiques. Les membres de cette Société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent l'occasion de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets encore à l'étude. C'est ce qui arrive principalement lorsqu'une question générale est mise à l'ordre du jour ; plusieurs membres de la Société traitent alors le sujet en détail et leurs mémoires sont discutés publiquement. Il a été convenu qu'une réunion en commun de la Société de Chirurgie et de la Société médicale des Hôpitaux aurait lieu chaque année pour l'étude et la discussion d'une question fixée à l'avance par les deux Sociétés, se rapportant à la fois à la médecine et à la chirurgie.

Les comptes rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical*.—Président pour l'année 1899. M. le Pr Raymond, vice-président, M. Troisier; secrétaire général, M. Rendu ; secrétaires des séances, MM. Boulloche et Jacquet ; trésorier, M. Béclère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS.

Cette Société qui est autorisée depuis le 31 décembre 1852 a pour but de centraliser les études des médecins des bureaux de Bienfaisance de Paris, études ayant trait tant à des observations cliniques qu'à l'hygiène, la prophylaxie des maladies contagieuses et l'amélioration de l'Assistance médicale des classes pauvres des grandes villes. Cette Société qui, dans ces dernières années, a fait preuve d'une activité inaccoutumée, s'est plus particulièrement occupée de l'allaitement des nourrissons pauvres, de la prophylaxie de la tuberculose à Paris, de la lutte contre l'alcoolisme, de l'organisation de l'assistance médicale à domicile et des dispensaires à Paris. La Société se réunit le *second mercredi* du mois à l'*Hôtel de l'Assistance publique* (avenue Victoria). Président pour 1899 : M. Dufournier. Vice-présidents : MM. Barbillion, Malbec. Secrétaire-général : M. Billon. Secrétaires : MM. Pascal et Darizon. Trésorier : M. Kinselbach. Un Bulletin publie tous les ans les travaux de la Société, et le *Progrès médical* signale à l'occasion les plus intéressants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PULLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Cette Société a été fondée, en 1877, pour étudier et vulgariser toutes les questions d'hygiène. L'idée de ses fondateurs était d'appeler à collaborer à l'œuvre de véritable préservation sociale qu'elle entreprenait : les médecins, les physiciens et chimistes, les vétérinaires, les ingénieurs et architectes, les industriels, les administrateurs et les économistes, etc. Elle voulait créer en France un grand corps d'hygiénistes, d'ingénieurs sanitaires, qui ne se contenteraient pas d'une étude théorique, mais qui aideraient à assurer pratiquement l'application des doctrines hygiéniques les plus certaines et des meilleures méthodes d'assainissement. Grâce à son active propagande, à l'organisation des Congrès d'Hygiène de Paris en 1878 et 1889, à la part qu'elle a prise aux Congrès internationaux dont elle a assuré la périodicité, on peut dire qu'elle a réussi ; et quand on se rappelle l'exposition qu'elle avait organisée en 1886, avec le concours du Conseil municipal de Paris, et qu'on a vu au Champ de Mars, l'Exposition d'Hygiène de 1896 à laquelle elle a pris encore une part active, on peut mesurer le chemin qu'elle a fait parcourir au *génie sanitaire* dans ces vingt dernières années.

Elle a organisé l'année dernière un concours sur *les maladies évitables* et elle recherche actuellement de nouveaux moyens de vulgarisation des règles de l'hygiène. Elle vient de publier, comme suite à ce concours, un petit volume intitulé : *Les maladies évitables*. Depuis sa fondation elle a été présidée successivement par les représentants les plus éminents des sciences biologiques et des sciences économiques : Bouchardat, Gubler, H. Bouley, E. Trélat, J. Rochard, Brouardel, Wurtz, Proust, U. Trelat, Gariel, L. Colin, Grancher, Th. Roussel, Lagneau, Chauveau, Cornil, Levasseur, Pinard, Cheysson, Duclaux, Lucas-Championnière, Buisson, Landouzy, et dirigée par ses actifs secrétaires (Lacassagne, H. Napias, A.-J. Martin).

Pour faire partie de la *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle*, il faut être présenté par deux membres et payer la cotisation annuelle (30 francs).

Les séances ont lieu le *quatrième mercredi de chaque mois*, à l'Hôtel des Sociétés savantes 8 h. 1/2 du soir. Les travaux de la Société sont publiés chaque mois par la *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*; le *Progrès médical* en fait un compte rendu régulier ; réunis en bulletin annuel, ces travaux forment aujourd'hui 18 volumes. — Tout ce qui concerne la Société de Médecine publique doit être adressé au secrétaire général : M. le Dr A. J. Martin, rue Gay-Lussac, 3 (Paris).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Les séances de la *Société de Médecine légale* (second lundi du mois, à 4 heures, au Palais-de-Justice, salle d'audience des référés) constituent de très intéressantes conférences auxquelles les étudiants et les médecins trouveraient grand profit à assister.

Aux deux dernières Expositions universelles, un *Congrès international de Médecine légale* a été organisé par les soins de la Société. Les plus importantes questions y ont été traitées On en trouve le compte rendu dans un Bulletin spécial édité par l'Imprimerie nationale par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce. Les Bulletins ordinaires de la Société sont publiés par J.-B. Baillière et fils. Un des collaborateurs du *Progrès medical* fait le compte rendu de chaque séance dans le numéro qui suit. Président : M. le Dr Bouchereau.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Fondée en 1872, par un groupe de savants et d'amis de la science, l'*Association française* a vu sa prospérité s'accroître d'année en année. Le but des promoteurs de cette Société, parmi lesquels on pouvait compter Combes, Delaunay, Claude Bernard, Broca, Wurtz, Dumas, Frémy, de Quatrefages, Friedel, pour ne citer que les morts, était de contribuer, par la diffusion des sciences, au relèvement moral du pays, accablé par des désastres immérités. Aider à leur progrès tant au point de vue de la théorie pure qu'au point de vue des applications pratiques, favoriser leur développement par des réunions scientifiques, des conférences, des dons en instruments et en argent, venir en aide aux savants dans leurs recherches, tel était le programme des fondateurs ; tel a été le but poursuivi jusqu'à ce jour. Le petit noyau des adhérents s'est vite augmenté ; en seize années leur chiffre est monté à cinq mille. Le capital s'élève aujourd'hui à 1.200 000 francs. Chaque année des subventions importantes sont accordées aux travailleurs (17 000 francs pour l'année 1898). Le total des dons distribués à ce jour s'élève à plus de 350.000 francs. Dans le courant de 1887, l'Association scientifique, fondée par Leverrier, a fusionné avec sa sœur cadette, l'Association française, pour ne former qu'une seule et même société, n'ayant qu'une même pensée si bien exprimée par sa devise : « Par la Science, Pour la Patrie. »

L'Association tient chaque année un Congrès dans une des grandes villes de France ; au début c'était Bordeaux qui offrait à la jeune Société l'hospitalité la plus brillante, puis Lyon, Lille, Nantes, Clermont-Ferrand, le Havre, etc. L'exposition de 1878 fut une occasion toute naturelle de se réunir à Paris ; il en a été de même il y a sept ans, et le Congrès de 1889 a réuni un nombre exceptionnel de savants étrangers et de membres de l'Association. Le Congrès de 1899 s'est tenu à Boulogne-sur-Mer, et celui de 1900 se tiendra à Paris, exceptionnellement à cause de l'Exposition.

En dehors de ces Congrès, où toutes les questions scientifiques peuvent être discutées dans 19 sections, l'Association s'efforce de faire connaître les progrès des sciences et de leurs applications dans des séries de conférences, les unes faites, pendant la durée des Congrès, les autres au siège social à Paris pendant l'hiver. Parmi les conférences faites en 1899, rappelons celles de M. le Dr Verchère, sur les hôpitaux marins et la tuberculose chirurgicale ; de M. le Dr André Broca, sur la télégraphie sans fil ; de M. Doumer, sur l'air liquide ; de M. le Dr

Launois, sur Lœwenhœk et l'origine du microscope ; de M. le professeur Brissaud, sur Duchenne de Boulogne, etc.

Pour ces conférences, des cartes d'entrée sont attribuées à tous les membres de l'Association ; un certain nombre de cartes gratuites est mis chaque année à la disposition des étudiants des diverses Facultés.

La cotisation annuelle est de 20 fr. par an ; cette cotisation peut être rachetée moyennant une somme de 200 fr. ou par dix versements annuels consécutifs de 30 fr. Les comptes rendus de l'Association sont publiés après chaque Congrès et forment annuellement deux beaux volumes in-8 de 1.000 pages. Chaque Congrès est analysé dans le *Progrès médical*, pour ce qui concerne les sciences médicales et l'hygiène. Le Jury des récompenses de l'Exposition universelle de 1889 a décerné un grand Prix à l'Association.

Le bureau de l'Association pour l'année 1898-99 est ainsi composé : *Président* : M. le général SIEBERT, membre de l'Institut ; — *Vice-Président* : M. le Dr HAMY, membre de l'Institut ; — *Secrétaire* : M. BERGONIÉ, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; — *Vice-Secrétaire* : M. E. FERRY, président du Conseil général de la Seine-Inférieure ; — *Trésorier* : M. GALANTE (Emile), fabricant d'instruments de chirurgie ; — *Secrétaire du Conseil* : M. le Pr GARIEL (C.-M.), professeur à la Faculté de Médecine ; — *Secrétaire adjoint du Conseil* : M. le Dr CARTAZ, ancien interne des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

La Société d'Hypnologie et de Psychologie, fondée en 1889, pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, se réunit le troisième mardi de chaque mois, au Palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. Les séances en sont publiques et suivies assidûment par de nombreux étudiants.

Le bureau pour l'année 1897-98 est ainsi composé :

Président, M. Jules Voisin ; vice-présidents, MM. Boirac, L. Dauriac et P. Magnin ; secrétaire général, M. Bérillon ; trésorier : M. Albert Colas ; secrétaires des séances : MM. H. Lemesle, Paul Farez, Julliot et Lépinay ; comité de publication, MM. Babinski, Pottier, Déjerine ; commission de candidatures : MM. Paul Richer, Malest et Félix Regnault.

Les noms des membres d'honneur, élus par la Société depuis la fondation : MM. Azam, Brouardel, Brown-Séquard, Charcot, Lombroso, Liébeault, Mesnet, Charles Richet, Jules Soury, Hitzig, Enrico-Ferri, Tamburini, Kojenikow, Dumontpallier, indiquent que les tendances scientifiques de la Société sont conformes aux plus saines traditions de la médecine philosophique.

Prix Liébeault. — La Société a reçu, de M. le Dr Liébeault, de Nancy, une somme de 830 francs pour la fondation d'un prix destiné à récompenser un travail, qui sera mis au concours par la Société d'Hypnologie, sur un sujet relatif à l'hypnotisme ou à la psychologie physiologique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Cette société fondée en 1796, se réunit à 4 heures les deuxième et quatrième samedi de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de Chirurgie, 3, rue de l'Abbaye. Pour l'année 1899, le bureau est ainsi composé : Président : M. L. JULLIEN. Vice-président : M. RICHELOT. Secrétaire général : M. BURET. Secrétaires annuels : MM. DHOMONT et ALBERT-WEIL. Archiviste : M. MILLÉE. Trésorier : M. TISSIER.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Cette Société, fondée en 1890, a pour but l'étude de l'électricité dans ses rapports avec la biologie et la thérapeutique. Elle se réunit le troisième jeudi de chaque mois, à 8 h. 1/2 du soir, à la Mairie du 1er arrondissement. Elle publie tous les mois un bulletin officiel donnant *in extenso* les communications de ses membres et le compte rendu des séances. Le bureau est ainsi constitué pour 1899 : *Président* : M. D'Arsonval ; *Vice-président* : MM. Apostoli et Weiss : *Secrétaire général* : M. Labbé ; *Secrétaire général adjoint* : M. Sollier. *Secrétaires des Séances* : MM. Oudin, Grand, et Régnier. Le nombre des membres n'est pas limité. La cotisation annuelle est de 20 fr. dont sont déduits des cachets de présence de 1 fr. Les membres se divisent en membres résidants, non résidants et non résidants étrangers.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE, FRANÇAISE D'HYGIÈNE, ETC.

La *Société d'hydrologie* se réunit comme la *Société de Chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés, chose très regrettable, vu l'intérêt que présentent *pour les étudiants* les discussions très instructives sur les questions à l'ordre du jour. — Nous citerons encore la *Société française d'Hygiène*, dont le siège est au n° 44 de la rue de Rennes, qui tient ses séances le deuxième vendredi de chaque mois ; — la *Société de Médecine clinique* ; — la *Société de Médecine pratique de Paris*, fondée en 1808, séances le 1er et le 3e jeudi de chaque mois, à h 1/2, palais des Sociétés savantes, 26, rue Serpente. — (Voir aussi *Enseignement de l'Anthropologie*). Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses Sociétés.

La *Société de Thérapeutique* se réunit à l'Hôtel des Sociétés savantes, le 2e et le 4e mercredi de chaque mois, de 4 à 6 heures. Le *Progrès* publie un compte rendu analytique des séances de cette Société. — Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les *Syndicats médicaux*, traitant surtout des intérêts professionnels et les *Sociétés d'Arrondissement*, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La Société médico-psychologique se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de l'Abbaye, n° 3. Voici les prix que décerne cette Société en 1900 :

Prix Aubanel. — 2.400 francs. — Question : *Facteurs étiologiques de la paralysie générale.*

Prix Esquirol. — Ce prix continué par la Société médico-psychologique, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Les mémoires manuscrits pour les prix à décerner en 1900 devront être déposés le 31 décembre 1899, chez M. le Dr Ant. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Ces mémoires devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Cette Société a été fondée le 9 février 1898. Les séances ont lieu le deuxième jeudi du mois, à 3 h. 1/2 du soir, à la Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. Elle a pour président le Pr BUDIN ; pour secrétaire général, le Dr BAR. Le Comité de publication se compose de MM. Budin et Bar. La Société est exclusivement obstétricale. Ses travaux sont publiés dans un Bulletin édité avec grand soin par Carré et Naud. Le *Progrès médical* donne le compte rendu analytique de ses séances

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

La Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie de Paris, qui *a pour but l'étude de ces trois branches médicales dans leurs rapports mutuels*, se compose de 44 *membres titulaires*, à savoir : 22 pour la section d'accouchements ; 12 pour la section de gynécologie ; 10 (4 chirurgiens et 6 médecins) pour la section de pédiatrie ; 20 *associés étrangers*, 40 *correspondants nationaux*, 50 *correspondants étrangers*.

La Société a tenu sa *première séance* à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, le 3 février 1899, sous la présidence de M. Hervieux, membre fondateur, doyen d'âge. A cette séance, le bureau définitif pour l'année 1899 a été constitué de la façon suivante :

Président : M. PINARD ; vice-président : M. TERRIER ; secrétaire général : M. VARNIER ; secrétaires annuels : MM. BAUDRON, LEGUEU ; bibliothécaire-archiviste : M. POTOCKI : trésorier : M. CHAMPETIER DE RIBES.

Les séances sont publiques et ont lieu le premier vendredi de chaque mois (à l'exception des mois d'août et de septembre), à 8 h. 1/2, au siège de la Société. Les comptes rendus de la Société sont publiés chaque mois par les soins des secrétaires de la Société, chez Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

La Société de Neurologie a été fondée, à Paris, en juin 1899. Elle a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux. Elle se compose de membres titulaires et de membres correspondants.

La Société de Neurologie se réunit en séances publiques, le premier jeudi de chaque mois (excepté les mois d'août, septembre et octobre), à la Faculté de Médecine, salle des thèses, n° 2, à 9 h. 1/2 du matin.

Composition du bureau : Président, M. JOFFROY ; vice-président, M. RAYMOND ; secrétaire général, M. Pierre MARIE ; secrétaire des séances, M. Henry MEIGE ; Trésorier, M. FOUQUES.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Cette Société, fondée en 1899, se réunit le deuxième mardi de chaque mois à 5 h. à l'hopital des Enfants Malades. Président pour 1899 : M. le Pr LANNELONGUE.

ENSEIGNEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE.

I. *Ecole d'Anthropologie de Paris* (Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques reconnue d'utilité publique comme établissement d'enseignement supérieur. Loi du 22 mai 1889. 23e année, 1899-1900). Ouverture des cours le mercredi 6 novembre 1899, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15. Directeur : M. le Dr H. THULIÉ.

Anthropologie préhistorique. — M. CAPITAN, professeur, le lundi à 4 heures. Programme : Les bases des études préhistoriques : stratigraphie, pétrographie, paléontologie, industrie.

Anthropologie zoologique.—M. P.-G. MAHOUDEAU, professeur, le lundi à 5 heures. Programme : L'origine de l'homme (troisième partie). La généalogie des hominiens.

Ethnographie et Linguistique. — M. André LEFÈVRE, professeur, le mardi à 4 heures. Programme : Formation et développement de la langue et de la nation françaises aux XIIIe et XIVe siècles.

Ethnologie. — M. Georges HERVÉ, professeur, le mardi à 5 heures. Programme : Ethnologie de l'Europe; les Basques (suite), 2o l'Alsace.

Technologie ethnographique. — M. ADRIEN DE MORTILLET, professeur, le mercredi à 4 heures. Les procédés industriels des peuples anciens et modernes.

Anthropologie biologique. — M. J.-V. LABORDE, professeur, le mercredi à 5 heures. Programme : Les sensations et les sens spéciaux dans leurs rapports avec les fonctions intellectuelles et instinctives (suite) ; Les sens de l'audition, de l'espace et de l'orientation. Les canaux semi-circulaires et leur fonction; anthropogénie et évolution.

Géographie anthropologique. — M. Franz SCHRADER, professeur, le vendredi à 4 heures. Programme : L'humanité devant les grands phénomènes terrestres.

Anthropologie physiologique. — M. L. MANOUVRIER, professeur, le vendredi à 5 heures. Programme : Anthropologie sexuelle (anatomie et physiologie).

Sociologie (histoire des civilisations). — M. Charles LETOURNEAU, professeur, le samedi à 4 heures. Programme : La condition des femmes dans les diverses races et civilisations.

Conférences de linguistique et d'ethnographie. — M. Paul REGNAUD, professeur. Le samedi à 5 heures. Programme : Les origines de la civilisation indo-européenne.

Les cours sont publics et gratuits. Les auditeurs qui se font inscrire au commencement de l'année scolaire peuvent obtenir un Certificat d'assiduité délivré par le directeur et les professeurs dont ils ont suivi les cours.

Les principales leçons faites durant l'année scolaire paraissent dans la *Revue mensuelle de l'Ecole d'Anthropologie*, publiée par les professeurs. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain. (Abonnement annuel, 10 fr.)

L'Ecole d'Anthropologie possède une collection d'anatomie comparée et d'objets préhistoriques servant aux cours. Elle conserve en outre la précieuse série de cerveaux appartenant à la Société d'Autopsie. Ces cerveaux sont étudiés et moulés dans le laboratoire particulier de l'Ecole d'Anthropologie. Le Président de la Société d'Autopsie est M. le Dr J.-V. Laborde. Les autopsies sont faites sous la direction de MM. le Pr Mathias-Duval et Dr Laborde, par MM. le Dr Hervé et Mahoudeau. Les moulages sont faits par M. Flandinette.

II. *Société d'Anthropologie.*— Cette Société tient ses séances, qui sont publiques, le 1er et 3e jeudi de chaque mois, à 3 heures, au 3e étage du bâtiment du musée Dupuytren. On y traite les questions les plus variées d'anatomie humaine et comparée, d'ethnographie, de géographie médicale, de démographie, de linguistique, d'archéologie préhistorique, etc., en un mot, tous les faits se rapportant à l'histoire naturelle de l'homme. La Société distribue des instructions aux voyageurs et missionnaires scientifiques. Elle possède une bibliothèque (plus de 8.000 ouvrages) ouverte au public les lundis, mercredis et vendredis, de 1 heure à 4 heures. Président pour 1899 : Dr CAPITAN. — Secrétaire général : Dr LETOURNEAU. — Secrétaires annuels : Dr PAPILLAULT et VIRÉ. — Le *Progrès médical* donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

La Société publie un *Bulletin trimestriel* (abonnement annuel : 10 fr.) et des *Mémoires* (abonnement au volume : 16 fr.).

Musée Broca. — Ce musée est situé au 3e étage du bâtiment du Musée Dupuytren. Il appartient à la Société d'Anthropologie dont il renferme les collections, ainsi que celles du Laboratoire d'Anthropologie. Il possède environ 8.000 crânes et 200 squelettes humains, une importante collection de moulages de cerveaux, d'objets d'ethnographie et une grande quantité d'ossements et d'instruments préhistoriques. Il est ouvert au public les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures. Conservateurs : MM. Ed. CUYER et A. de MORTILLET.

III. *Laboratoire d'Anthropologie.* — Ce laboratoire, fondé par Paul Broca, fait partie de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. Il occupe une partie du 3e étage du bâtiment du musée Dupuytren. Il comprend une salle de dissection, une salle d'anthropométrie, une salle de moulages et une salle d'histologie. Le Laboratoire d'Anthropologie est ouvert gratuitement aux docteurs français et étrangers ainsi qu'aux étudiants qui désirent y faire des recherches anatomiques pour la préparation des thèses de doctorat en médecine ou ès sciences naturelles. Des conférences techniques y sont faites aux personnes qui veulent s'initier aux recherches anthropologiques, et le personnel se met également à la disposition des investigateurs qui ont besoin de renseignements.—Directeur : Dr LABORDE. — Préparateurs : Dr L. MANOUVRIER et Dr PAPILLAULT.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR.

A l'Hôtel-de-Ville de Paris (salle des Prévôts). — Année 1899-1900.

PREMIER SEMESTRE.

Biologie. Professeur : M. le Dr RETTERER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine. — Les mardis et vendredis, à 8 h. 1/2 du soir. Le professeur exposera l'Evolution des organes des sens et du système nerveux.

Anthropologie. Professeur : M. le Dr VERNEAU, assistant au Muséum, professeur à l'Ecole coloniale. — Les mercredis et samedis, à 8 h. 1/2 du soir. Le professeur décrira les principales Races humaines et spécialement celles des Colonies françaises et de nos Pays de protectorat.

Histoire de Paris. Professeur : M. MONIN, docteur ès-lettres, professeur d'histoire et de géographie au collège municipal Rollin, — Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/2 du soir. Le professeur exposera l'histoire politique et municipale de Paris depuis les élections de 1857 jusqu'en 1870.

DEUXIÈME SEMESTRE. — *Seront professés les Cours suivants :*

Hygiène sociale. Professeur : M. le Dr A.-J. MARTIN, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation.

Histoire universelle. Professeur : M. Louis MÉNARD, docteur ès-lettres, professeur à l'Ecole nationale des Arts décoratifs.

Histoire nationale. Professeur : M. MARILLIER, agrégé de philosophie, maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes.

Histoire des sciences. Professeur : M. Daniel BERTHELOT, docteur ès-sciences, assistant au Muséum, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de Pharmacie. Une affiche ultérieure indiquera le lieu, la date et le programme des cours du deuxième semestre.

Association générale des Etudiants de Paris.

(Fondée en 1884.)

Reconnue d'utilité publique par décret du 25 juin 1891,

43, *rue des Ecoles et* 1, *rue de Latran* (Salle d'Armes).

Présidents d'honneur de l'Association :
1885-1889 CHEVREUL ; 1889-1895 PASTEUR ; 1898 LAVISSE.

But de l'Association. — L'Association a pour but : 1o de réunir les étudiants dans l'intérêt de leurs études ; 2o d'établir entre tous ses membres des liens de solidarité et de fraternité, afin de procurer à chacun aide et assistance. Dégagée de tout caractère politique ou religieux, elle s'efforce uniquement d'assurer à la communauté des Etudiants des avantages intellectuels et matériels de toute sorte ; elle ne restreint en rien l'initiative personnelle qu'elle développe au contraire en favorisant l'échange d'idées scientifiques et sociales entre des étudiants appartenant à tous les ordres d'études. L'administration appartient exclusivement à un Comité d'Etudiants français et majeurs élus par leurs camarades des différentes Ecoles. — *Conditions d'admission* : être Etudiant. Verser une cotisation annuelle de 18 francs.

Siège social ouvert tous les jours de 8 h. du matin à minuit : 43, rue des Ecoles : 1er étage : salles de conférences, salle des journaux, fumoir ; 2e étage, administration, bibliothèque générale (romans et revues), laboratoire de photographie ; 3e étage, bibliothèque de droit, bibibliothèque des lettres, bibliothèque des sciences politiques et de l'Ecole coloniale ; 4e étage, bibliothèque de médecine, bibliothèque des sciences, bibliothèque et laboratoire de pharmacie ; 1, rue de Latran, salles d'armes et d'hydrothérapie.

Facultés et écoles inscrites à l'Association : Faculté de droit, lettres, médecine, sciences, théologie protestante ; école de pharmacie, beaux-arts, centrale, coloniale, normale, des chartes, des constructions navales, des hautes-études (lettres et sciences), des langues orientales, du Louvre, des mines, des Ponts-et-Chaussées, de physique et chimie, des sciences politiques, supérieure de commerce, d'Alfort, des hautes-Etudes

commerciales; institut commercial, institut agronomique, conservatoire.

Avantages sociaux. — Bibliothèque, 25.000 volumes, 120 journaux quotidiens (Paris, province, étranger), 135 revues et journaux périodiques. Prêts à domicile. Conférences de droit, médecine (internat et externat des hôpitaux), pharmacie (internat des hôpitaux). Sciences, lettres, etc. Publications : Bulletin mensuel : l'*Université de Paris*; Annuaire contenant tout les détails utiles sur les facultés et les écoles. Service médical gratuit, service gratuit de consultions juridiques. Remplacements, médecine et pharmacie. Fêtes amicales, mensuelles gratuites.

Avantages matériels. — Théâtres, concerts, plus de 3.000 billets gratuits et de 5.000 billets à prix réduits ont été distribués dans l'année 1898-1899. Expositions, casinos, établissements thermaux, bals et fêtes : réductions ou entrées gratuites. Sports : club athlétique, jeux en plein air, vélocipédie, canotage, équitation, gymnastique, danse : prix très réduits. *Caisse de secours et prêts* sur simple signature aux membres de l'Association dans le besoin.

Avantages commerciaux. — Un service de remises commerciales analogue à celui des Sociétés coopératives est ouvert à tous les Etudiants.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administration, 43, rue des Écoles.

Association des Etudiants des Ecoles et Facultés de Province.

Un grand nombre d'Universités de province ont suivi l'exemple de Paris et ont fondé dans leur ville respective des associations organisées sur un plan analogue. C'est le cas pour Nancy — la première en date —, Montpellier, Lyon, Lille, Nantes, etc.

HOTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Sociétés ayant leur siège à l'Hôtel des Sociétés Savantes : 28, rue Serpente et rue Danton.

Association française pour l'avancement des Sciences : Bureaux et Secrétariat. Président, M. Brouardel, Secrétaire du Conseil, M. Gariel (C.-M.).

Société Entomologique de France : Séances les 2e et 4e mercredis de 8 à 10 heures du soir. Président, M. Alluaud, Secrétaire, M. Ph. François. Archiviste-Bibliothécaire, M. Léveillé.

Société de Médecine et de Chirurgie pratiques : Séances les 1er et 3e jeudis de 4 à 6 heures. — Président, M. le Dr Verchère; Secrétaire, M. le Dr Dignat.

Société de Médecine vétérinaire pratique : Séance le 2e mercredi du mois de 3 à 6 heures. Président, M. Lavedan; Secrétaire général, M. Rossignol.

Société de Stomatologie : Séances le 3e lundi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, M. le Dr Cruet; Secrétaire général, M. le Dr Ferrier.

Société d'Ophtalmologie de Paris : Séances le 1er mardi du mois, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, Dr Boucheron; Secrétaire, M. le Dr Wuillaumenet.

Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle : Secrétariat. Séances le 4e mercredi du mois, de 8 à 10 h. du soir. Président : Dr Landouzy. Secrétaire général, Dr A.-J. Martin.

Société d'Otologie et de Laryngologie : (date à fixer), Secrétaire : M. le Dr Joal.

Société française d'Ophtalmologie : Secrétaire du Comité, M. le Dr Duboys de la Vigerie.

Société Astronomique de France : Séances le 1er mercredi du mois, de 8 à 10 heures du soir. Président, M. O. Callandreau. Secrétaire général, M. Camille Flammarion.

Association Polytechnique : Secrétariat. Séances le 1er jeudi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, Dr Brouardel. Secrétaire général, M. Malétras.

Association générale des Pharmaciens de France : Président, M. Riethe. — Secrétaire général, M. Crinon.

Société Historique : Président, M. L. Leger.

Société française de Navigation aérienne : Séances les 1er et 3e jeudis du mois, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, M. de Fonvielle. Secrétaire général, M. Triboulet.

Société de Statistique : Séances le 3e mercredi du mois, de 9 à 11 h. du soir. Président, M. Fernand Faure. Secrétaire général, M. Yvernès.

Société d'Hypnologie et de Psychologie : Séance le 3e lundi de chaque mois, à 4 heures 1/2. Président, M. le Dr Voisin. Secrétaire général, M. le Dr Bérillon.

Société des Chefs d'Institution : Président, M. Grousset. Secrétaire général, M. Bourgeon.

Société amicale des anciens Elèves de l'Association Polytechnique : Président, M. Noble. Secrétaire général, M. Delagarde.

Société pour l'instruction et la protection des Sourds-Muets : Vice-président, M. E. Grosselin.

Association sténographique unitaire : Président, M. Boutillier. Secrétaire général, M. Lanissol.

Société pour la propagation des langues étrangères : Cours tous les soirs; Directeurs, MM. Deniker, Schweitzer et Rauber. Secrétaire général, M. Lemaire.

Œuvre de l'Orphelinat de l'Enseignement primaire : Président, M. Mézières. Secrétaire général, M. Viénot.

Union des Syndicats médicaux de France : Président, M. le Dr Comby. — Secrétaire général, M. le Dr J. Noir.

Syndicat des Médecins de la Seine. — Président, M. le Dr Guinard. — Secrétaire général, M. le Dr Birabeau.

Union des Etudiants hellènes à Paris : Séances le 1er jeudi de chaque mois.

Société française de Tempérance : Séance le 2e mardi de chaque mois à 4 h. 1/2. Président, M. Cheysson. Secrétaire général, M. le Dr Philbert.

Société des Sciences psychiques : Séances le 1er mercredi du mois. Président : M. le chanoine Brettes.

Association Meusienne : Président, M. André Theuriet. Secrétaire général, M. Bergeolle.

Société d'Apiculture et d'Insectologie : Séances le troisième mercredi de chaque mois, à 2 heures. Président, M. de Hérédia. Secrétaire général, M. Sevalle.

Société de Sociologie de Paris : Séances le deuxième mercredi de chaque mois, à 8 heures du soir. Président, M. Beaurin-Gressier. Secrétaire général, M. R. Worms.

Association amicale des Elèves et anciens Elèves de l'Union française de la Jeunesse : Secrétariat. Président, M. Guillain. Secrétaire général, M. Mathieu.

Association centrale des Vétérinaires : Président, M. Leblanc. Secrétaire général, M. Rossignol.

Société médicale des Praticiens : Président, M. Tison. Secrétaire général, M. Bilhault.

Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie : Président, M. le Pr Pinard. Secrétaire général, M. Varnier.

ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS.

I. Ecole dentaire de Paris.

(Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, reconnus d'utilité publique), 45, rue de la Tour d'Auvergne et 5 bis, cité Milton.

Président-Directeur : Ch. GODON.
Directeur-adjoint : P. MARTINIER.
Secrétaire général : Dr SAUVEZ.

Cette institution est la première Ecole professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une Ecole pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix. L'*enseignement* est divisé en deux parties : l'une *théorique*, l'autre *pratique* ; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 5 à 7 heures. *Cours de 1re année* : Physique, métallurgie et mécanique appliquées, chimie appliquée, anatomie descriptive et histologie, physiologie ; — *Cours de 2e année* : Anatomie, physiologie, histologie, micrographie, dissection, pathologie générale interne et externe, thérapeutique et matière médicale ; — *Cours de 3e année* : Anatomie et physiologie, histologie, application du microscope. Dissection. Pathologie spéciale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. Thérapeutique spéciale : 1° traitement, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales, droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire. Professeurs : MM. Sébileau, Launois, Quenu, Retterer, De Gennes, Marié, Pinet, Grimbert, Serres, Blocman, Francis Jean, Godon, Viau, Ronnet, Lemerle, Heidé, Papot, Richard-Chauvin, Barrié, Bonnard, Worms, Martinier, Sauvez, Touchard. Professeurs suppléants : MM. d'Argent, Frey, Friteau, Loup, Monnet, Roy, Billet, Chapron, Choquet, De Marion.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° *Cliniques et anesthésie* (Opérations immédiates au fauteuil). Consultations, extractions, prothèse et redressements, leçons cliniques. Chefs de clinique : MM. Paulme, Prest, Roy, Touchard, Viau, De Marion, De Croes, Dr Maire, Gross.

2° *Dentisterie opératoire.* (Les salles qui y sont consacrées contiennent 120 fauteuils.) Nettoyage de la bouche, traitement de

la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire, démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements. Démonstrateurs : MM. Arnold, Faloy, Fresnel, Hirschberg, Liskenne, Schuler, Stévenin, Hugot, Hofzumahaus, Weber, Denis, Charpentier, Tireau.

3° *Prothèse pratique*. A lieu, tous les jours, de 2 à 5 heures, au laboratoire. Chefs de clinique : MM. D'Almen, Devoucoux, Détroyat, Houdoux. Démonstrateurs : Delaunay, Borcier, Cecconi.

La reconnaissance implicite du diplôme que l'École délivre après *trois années d'études*, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une preuve de la valeur de cette institution qui est actuellement l'*Ecole préparatoire au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste*, pour lequel elle délivre les inscriptions réglementaires. Pour suivre les cours, il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 500 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes. — Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administration, 45, rue de la Tour d'Auvergne, Paris.

II. Association de l'Ecole Odontotechnique (1).

Président du Conseil d'administration : H. DUCOURNAU.

Cette association scientifique et philanthropique a été fondée en 1878 pour le relèvement scientifique et moral de l'art dentaire en France, et comporte comme mode d'action un enseignement théorique et pratique spécial représenté par une Ecole dentaire avec dispensaire gratuit pour les maladies des dents. Son siège social est rue de l'Abbaye, n° 3.

Dès son début, cette Ecole dentaire s'est placée sous le haut patronage d'un conseil scientifique composé d'hommes éminents, tels que MM. les professeurs Brouardel, Richet, Guyon, Duplay, Fournier, Proust, Gariel, Tillaux.

Ecole et Clinique dentaires.

Directeur : M. Ed. DAMAIN. — Sous-Directeur : M. le Dr QUEUDOT. — Inspecteur : M. le Dr MORA.

Professeurs de Clinique : Lundi, M. Rodolphe, professeur suppléant. — Mardi, M. Possicelsky. — Mercredi M. Siffre, prof. suppléant. — Jeudi, M. Ducournau, M. Bruel, prof. suppléant. — Vendredi, M. Hivert, M. Astié (Gaston), prof. suppléant. — Samedi, M. Berlioz, prof. suppléant.

Chefs de Clinique : MM. Barrellier (J.), N..., Bénazet, N..., Leguay, M. Astié (H.).

Professeurs de Prothèse : M. Maleplate, mercredi et samedi de 8 heures à 10 heures. Chef de clinique, M. N...

Professeurs de Dentisterie opératoire (cours théoriques et pratiques) : M. Lambert, chef de clinique, lundi, de 8 à 10 h. — MM. le Dr Queudot, professeur, Bertrand, prof. suppléant. — M. Franchette, prof., M. Frison, prof. suppléant, les mardi, jeudi et samedi de 8 à 10 h. — M. Amoedo, mardi, de 8 à 10 h. — MM. Leproust, chef de clinique, jeudi, de 8 à 10 h. — Neech (Edouard), prof. suppléant. — Neech (H.-A.), prof. suppl., vendredi de 8 à 10 h.

Cours théoriques du soir (de 8 à 10 heures).

Professeur d'Anesthésie : M. Darin, lundi, à 6 heures. — M. le Dr Rovillain, professeur suppléant. — *Pathologie et thérapeutique buccales* : M. le Dr Damain, professeur ; M. le Dr Grattery, prof. suppléant, mercredi à 5 heures. — *Anatomie et physiologie* : M. le Dr Rousseau, professeur, lundi et vendredi à 5 heures ; M. le Dr Lyon, professeur suppléant. — *Physique, chimie*, etc., M. le Dr Viron, jeudi à 5 heures ; M. Charon, professeur suppléant. *Pathologie et thérapeutique dentaires* : MM. Queudot et Hivert, jeudi à 6 heures. — *Mécanique et Prothèses dentaires* : M. Franchette, jeudi, à 10 h. 1/2 ; mercredi, à 6 h. — *Pathologie et thérapeutique générales* (Eléments de) : MM. le Dr Damain, professeur et le Dr Grattery, professeur suppléant, mardi à 9 heures. — *Dissection* : M. le Dr Rousseau et M. le Dr Lyon, vendredi, 9 h. — *Micrographie* : M. le Dr Damain, le mardi, à 5 h. 1/2 ; préparateur, M. Franchette. — *Bactériologie* : M. le Dr Damain, avec la collaboration de M. Franchette. — *Mécanique et physique appliquées* : M. Franchette, prof., à 10 h. 1/2. — *Hygiène et Déontologie* : M. le Dr Mora, le samedi, à 6 heures.

Laboratoire de Prothèse : Tous les jours, de 2 h. à 6 h. du soir. Mercredi et samedi, de 8 à 10 h. du matin.

Bibliothécaire et Conservateur du Musée : M. Vizioz.

(1) Reconnue comme *établissement d'utilité publique* par décret du 22 mars 1892.

Professeurs de clinique : Lundi, M. Rodolphe, prof. suppléant. — Mardi, M. Possicelski, prof. suppléant. — Mercredi, M. Siffre, prof. suppléant. — Jeudi, M. Ducournau, M. Bruel, prof. suppléant. — Vendredi, M. Hivert, M. Astié (G.), prof. suppléant. — *Chefs de clinique* : MM. Barrelier (J.), N..., Bénazet, N..., Leguay, Astié (J.).

III. Ecole dentaire française.

Cette École est située boulevard Saint-Martin, 25, au centre de Paris (près de la place de la République).

Elle a pour titre officiel : *Ecole Dentaire Française*. Elle est réglementairement constituée et autorisée par le Ministère de l'Instruction publique à donner l'enseignement « complet » d'art dentaire nécessaire pour subir avec succès, devant le jury d'examens de la Faculté de Médecine, les trois examens exigés pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste. Par conséquent, les inscriptions prises à l'Ecole Dentaire Française sont valables pour les examens d'Etat.

Son corps enseignant est composé de docteurs en médecine, docteurs ès-sciences, professeurs aux diverses Facultés pour les cours théoriques ; et, pour les cours pratiques, de chirurgiens-dentistes de la Faculté. Tous les cours inscrits au programme y sont professés. Les travaux pratiques ont lieu tous les matins à la clinique de l'Ecole, et, deux fois par semaine, les élèves de troisième année assistent dans les hôpitaux à la clinique pathologique d'art dentaire. Les cours théoriques ont lieu chaque jour de 6 à 7 heures ; deux cours ont aussi lieu le mardi et le samedi, de 11 heures à midi La reprise des cours théoriques et pratiques a lieu le premier lundi de novembre. Le registre d'inscription reste ouvert jusqu'au 15 novembre inclusivement.

Conseil de l'Ecole : MM. les Drs ABROU, chirurgien des hôpitaux ; PETIT, TUCKER, ROUSSEAU.

Directeur : M. le Dr L.-J. ROUSSEAU, chirurgien-dentiste des Hôpitaux, des Manufactures de l'Etat, etc. — Sous-directeur : Dr TUCKER. — Censeur des études : Dr Georges PETIT.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL DE LA MÉCANIQUE ORTHOPÉDIQUE, PROTHÉTIQUE ET HERNIAIRE.

Siège : Mairie du IIe Arrondissement, 8, rue de la Banque.

Cours 1899-1900 : 1° *Cours d'anatomie et d'application d'appareils* : Professeur, M. le Dr MONOD, interne des hôpitaux. — 2° *Cours de mécanique physiologique* : Professeur, M. le Dr A. MORA. — 3° *Cours de pathologie appliqué à la mécanique* : Professeur, M. le Dr Raymond SAINTON, assistant d'orthopédie à l'hospice des Enfants-Assistés. — 4° *Cours élémentaire de sidérurgie et de travail des métaux* : Professeur, M. Maurice MÉTAYER, ingénieur aux hauts-Fourneaux, forges et aciéries de Denain et d'Anzin. — 5° *Notions de mécanique* (*à l'usage du mécanicien orthopédiste*) : Professeur : M. DE LABRIOLLE, ingénieur aux hauts-fourneaux, forges et aciéries de Denain et d'Anzin. — 6° *Cours de dessin technique* : Professeur, M. Paul LAMY, dessinateur des fabricants d'instruments de chirurgie et d'orthopédie.

CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX DE PARIS. — Un arrêté du Préfet de la Seine, rendu sur la proposition de M. le Dr Napias, directeur de l'Assistance publique, modifie les conditions du concours aux places de médecin des hôpitaux. Le jury qui comptait sept membres, sera constitué par douze : onze médecins et un chirurgien. Le vote aura lieu par points à la fin de chaque séance et sera secret. Chaque candidat aura à son nom un relevé des points qui lui ont été donnés par les membres du jury, en commençant par le point le plus élevé, et en suivant l'ordre numérique. Ce relevé étant partagé par moitié, la première note de la deuxième moitié sera celle acquise au candidat. Les résultats du concours ne seront plus communiqués aux candidats à la fin de chaque séance. Les enveloppes contenant les bulletins ne seront ouvertes pour les épreuves d'admissibilité qu'à la fin de ces épreuves, et pour les épreuves définitives qu'à la fin du concours. La discussion générale sur la valeur de l'épreuve subie dans chaque séance par chacun des candidats continuera à avoir lieu, comme par le passé, avant le vote, mais sans *indication de points*. Parmi les épreuves définitives du concours, Paris emprunte au concours lyonnais l'épreuve constituée par une *consultation écrite sur un malade*. Cette épreuve existe déjà dans le concours de médecin suppléant de Bicêtre et de la Salpêtrière. Ce sont là d'excellentes innovations sur lesquelles nous aurons peut-être à revenir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Doyen : M. L. VIALLETON — *Secrétaire* : M. H. GOT.
Doyen honoraire : M. MAIRET.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL, PAULET.
Secrétaire honoraire : M. F.-J. BLAISE.

ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900.

Semestre d'hiver. — Cours.
Du 3 novembre au 3 mars.

Anatomie : M. GILIS, professeur. Anatomie topographique : régions de la tête et du cou. — *Anatomie* : M. MOURET, agrégé. Anatomie descriptive : annexes du tube digestif et appareil respiratoire. — *Anatomie* : M. RICHE, prosecteur. Anatomie descriptive. Arthrologie, Myologie. — *Physiologie* ; M. DELEZENNE, agrégé. La circulation. — *Physique biologique* : M. IMBERT, professeur. Action des agents physiques sur les êtres vivants. — *Pathologie externe* : M. LAPEYRE, agrégé. Des luxations. De la chirurgie des voies biliaires. — *Accouchements* : M. PUECH, agrégé. Des grossesses anormales et pathologiques. — *Pathologie interne* : M. DUCAMP, professeur. Les maladies de l'appareil respiratoire. — *Anatomie pathologique* : M. BOSC, agrégé, chargé de cours. Anatomie pathologique des organes abdominaux et thoraciques. — *Thérapeutique et matière médicale* : M. HAMELIN, professeur. Préleçons de thérapeutique générale et de pharmacologie. Médications se rapportant à la nutrition et à l'état des forces (Indications et agents médicamenteux). — *Histoire naturelle médicale* : M. GALAVIELLE, agrégé. Des végétaux employés en médecine. — *Physique pathologique* : M. BERTIN-SANS, agrégé. Electrothérapie et radiographie (à l'hôpital toute l'année). — *Enseignements divers* : M. MILHAUD, chargé de cours (Faculté des lettres). Philosophie et allemand ; M. GIRARD, professeur au lycée, préparation à l'École du service de santé militaire de Lyon (hiver et été).

Semestre d'été. — Cours.
Du 3 mars au 31 juillet.

Histologie : M. VIALLETON, professeur. Système nerveux (développement, histologie) ; organes des sens (développement, histologie). — *Physiologie* : M. HÉDON, professeur. Les sécrétions. — *Chimie biologique* : M. VILLE, professeur. Chimie des liquides d'excrétion et des tissus de l'organisme. Aliments. — *Physique biologique* : M. BERTIN-SANS, agrégé. Production d'énergie par les êtres vivants — *Pathologie externe* : M. DE ROUVILLE, agrégé. Questions diverses. — *Médecine opératoire* : M. ESTOR, professeur. Chirurgie des os et opérations. — *Pathologie générale* : M. RAYMOND, agrégé. L'évolution de la maladie et les grands symptômes morbides. — *Pathologie interne* : M. RAYMOND, agrégé. Les maladies infectieuses. — *Histoire naturelle médicale* : M. GRANEL, professeur. Maladies parasitaires. Parasites végétaux, à l'exclusion des bactéries. — *Microbiologie* : M. RODET, professeur. Principaux microbes pathogènes. — *Hygiène* : M. BERTIN-SANS, professeur. Les logements collectifs (écoles, casernes, hôpitaux). La campagne et la ville. Les vêtements. Les aliments. Les professions. — *Médecine légale* : M. SARDA, professeur. Attentat aux mœurs. Grossesse. Avortement. Accouchement. Infanticide. Viabilité. — *Chimie pathologique* : M. MOITESSIER, agrégé. Exercices de chimie clinique (à l'hôpital toute l'année).

Cliniques. (*Hiver et Été.*)

Clinique interne : MM. GRASSET et CARRIEU. — *Clinique externe* : MM. TÉDENAT et FORGUE. — *Clinique obstétr. et gynécologique* : M. GRYNFELLT. — *Maladies mentales et nerveuses* : M. MAIRET — *Maladies des yeux* : M. TRUC. — *Maladies des enfants* : M. BAUMEL.

CLINIQUES ANNEXES (*Hiver et Été*).

Maladies des vieillards : M. VIRES, agrégé. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. BROUSSE, agrégé. — *Chirurgie des enfants* : M. ESTOR, professeur.

CLINIQUES PROPÉDEUTIQUES (*Hiver et Été*).

Médecine : M. RAUZIER, agrégé. — *Chirurgie* : M. IMBERT Léon, agrégé. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. BROUSSE, agrégé. — *Accouchements, maladies des femmes* : M. GRYNFELLT, professeur. — *Maladies des yeux* : M. TRUC, professeur. — *Maladies des enfants* : M. BAUMEL, professeur. — *Maladies des vieillards* : M. VIRES, agrégé libre. — *Maladies de larynx, nez et oreilles* : M. HÉDON, professeur.

Travaux pratiques obligatoires.

Anatomie : M. MOURET, agrégé, chef des travaux. Tous les jours, 1re année : le matin ; 2e année : de 1 à 3 h. — *Chimie biologique* : M. DESCOMPS, chef des travaux. Institut de biologie (1re année). — *Anatomie pathologique* : M. VEDEL, chef des travaux. Exercices au laboratoire (de midi à deux heures), 3e et 4e année. — *Physique appliquée à la clinique* : MM. IMBERT et H. BERTIN. Electrothérapie dans les hôpitaux. — *Chimie appliquée à la clinique* : M. MOITESSIER, chef de laboratoire. Exercices de chimie clinique, le matin, à l'hôpital. — *Ophtalmologie* : MM. IMBERT et TRUC, professeurs. Institut d'ophtalmologie : mercredi et jeudi (hiver et été). *Histologie* : M. GRYNFELLT, chef des travaux. Laboratoire d'histologie, 1re année, 2e année. — *Physiologie* : M. DELEZENNE, chef des travaux. Salle spéciale de travaux, 1re année, 2e année. — *Physique biologique* : M. GAGNIERE, chef des trav. Institut de biologie (1re an.). — *Médecine opératoire* : M. MOURET, chef des travaux. Pavillon anatomique (3e et 4e an.). — *Microbiologie* : M. POUJOL, professeur. Laboratoire de bactériologie (3e et 4e an.). — *Histoire naturelle médicale* : MM. GRANEL et GALAVIELLE. Instituts de botanique et de zoologie (3e et 4e an.).

Sages-Femmes.

2e Année : M. GRYNFELLT, professeur. Théorie et pratique des accouchements. — 1re année : M. VALLOIS, agrégé. Anatomie et physiologie élémentaires. Pathologie élémentaire.

Division des études.

SEMESTRE D'HIVER. — 1re *Année* : Cours d'Anatomie, de Physique biologique, de Physiologie; Trav. pratiques d'Anat., de chimie biolog. — 2e *Année* : Cliniques ; Cours d'Anatomie, de Physique biologique, de Physiologie ; Travaux pratiques d'Anatomie. — 3e *Année* : Cliniques ; Cours de pathologie interne, de pathologie externe, d'anatomie pathologique, d'accouchements ; Travaux pratiques d'Anatomie pathologique. — 4e *Année* : Cliniques : Cours de Pathologie interne, de Pathologie externe, d'Accouchements, d'Anatomie pathologique, de Thérapeutique et Matière médicale ; Travaux pratiques d'Anatomie pathologique.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — 1re *Année* : Cliniques ; Cours d'Histologie, de Physiologie, de Chimie biologique ; Travaux pratiques d'Histologie, de Physiologie, de Physique biologique. — 2e *Année* : Cliniques ; Cours d'Histologie, de Physiologie, de Chimie biologique, de Pathologie interne, de Pathologie externe ; Travaux pratiques d'histologie, de Physiologie. — 3e *Année* : Cliniques ; Cours de pathologie interne, de Pathologie externe ; de Médecine opératoire, de Pathologie générale, de Parasitologie, de microbiologie ; Travaux pratiques de Médecine opératoire, de parasitologie, de microbiologie. — 4e *Année* : Cliniques ; Cours de Pathologie interne, de Pathologie externe, de Médecine opératoire, de Pathologie générale, de Microbiologie, d'Hygiène, de Médecine légale, d'Histoire naturelle médicale ; Travaux pratiques de Médecine opératoire.

Renseignements divers.

Le *Musée anatomique* et le *Musée d'hygiène* sont ouverts aux élèves le premier tous les jours, de midi à 4 h., le second les lundi, mercredi et vendredi, de 2 à 4 h. — Le *Conservatoire du Jardin des plantes* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi et demi à 6 heures 1/2 et le soir, de 8 heures à 10 heures, en hiver ; de 9 h. à 11 h. 1/2 du matin, et de 1 h. à 6 h. 1/2 du soir, en été. — *Inscriptions trimestrielles* : Elles sont reçues au Secrétariat tous les jours, de 2 heures à 4 h., du 20 octobre au 10 novembre, du 3 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 15 au 30 juin. — *Déclarations d'examens* : Elles sont reçues tous les jours, le samedi excepté, de 9 h. à midi, en vue des examens de la semaine suivante.

Prix décernés annuellement par la Faculté. — Prix de 1re année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 2e année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 3e année, Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Prix de 4e année, Médaille d'argent et 185 fr. de livres. — Prix Fontaine, 423 francs. Somme délivrée à l'auteur de la meilleure thèse de doctorat. — Prix de la Ville de Montpellier, 200 francs. Somme délivrée à l'élève qui a accompli la meilleure scolarité de doctorat. — Prix Bouisson, rente de 100.000 francs divisée également entre cinq élèves méritants ayant fait toutes leurs études (thèse comprise) à la Faculté de Montpellier.

ASSOCIATION DES ANCIENS ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT-FERRAND. — Quelques-uns des anciens élèves de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand ont pensé à fonder une Association des anciens élèves de l'Ecole. Un nombre assez considérable d'adhérents ayant été réunis le 9 mai dernier dans la salle des Actes de l'École, les statuts de la Société furent discutés et votés, un Comité et un Bureau nommés. Les médecins qui désireraient faire partie de cette association sont priés de bien vouloir envoyer leur adhésion au président, M. le Dr Fouriaux, ou M. le Dr Fréderic Cohendy, à Clermont-Ferrand.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Doyen : M. le Pr Gross :
Doyen honoraire : M. Tourdes. — *Professeurs honoraires* : MM. Tourdes, Herrgott, Hecht, Beaunis.

Année scolaire 1899-1900.

Cliniques, Cours et Travaux pratiques.

Semestre d'Hiver. Du 3 Novembre au 15 Mars.

Cliniques. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures. — Clinique médicale : M. Spillmann, prof., à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Weiss, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures. — Clinique obstétricale : M. A. Herrgott, professeur, à la Maison de secours, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures.

Cliniques complémentaires. — Maladies des yeux : M. Rohmer, agrégé libre, à l'hôpital civil, mercredi, vendredi, à 11 heures. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Février, agrégé, à la Maison de secours, mercredi, à 10 h. ; vendredi, à 4 h. — Maladies des enfants : M. Haushalter, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h. — Maladies des vieillards : M. P. Parisot, agrégé libre, hospice St-Julien, mardi, samedi, 11 h. — Accouchements : M. Schuhl, agrégé. Eutocie et dystocie, lundi, mercredi, à 4 h. mardi, jeudi, samedi, 5 h.

Cours. — Thérapeutique et matière médicale : M. Schmitt, professeur. Médications se rapportant à l'infection, aux troubles généraux de la nutrition, aux troubles du système nerveux. — Traitement des maladies infectieuses, des maladies générales de la nutrition, des maladies du système nerveux, mardi, jeudi, samedi à 5 heures. — Médecine légale : M. Demange, professeur. Coups et blessures. Folie. Empoisonnements, lundi, mercredi, vendredi à 5 h. — Hygiène : M. Macé, professeur. Hygiène urbaine, lundi, mercredi, vendredi à 3 h. — Anatomie pathologique : M. Baraban, professeur. Questions générales, mardi, jeudi, samedi à 4 heures. — Anatomie descriptive : M. Nicolas, professeur. Centres nerveux, mardi, jeudi, samedi, 10 h. 3/4. Embryologie, jeudi, 9 h. 1/4. — Histologie : M. Prenant, professeur. Histogenèse et histologie des organes, lundi, mercredi, vendredi, à 11 h. — Pathologie externe : N..., mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Travaux pratiques. — Anatomie descriptive : M. Nicolas, professeur, directeur des travaux. Dissections. Tous les jours de 1 h. 1/2 à 5 heures. — Anatomie pathologique : M. Baraban, professeur. Questions spéciales d'anatomie pathologique, mardi, jeudi, de 2 h. à 4 h. — Histologie : M. Bouin, agrégé, chef des travaux. Technique, lundi, 8 h. 1/2 à 11 heures. Démonstrations, mercredi, vendredi, à 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2. Jeudi, 1 h. 1/2 à 4 h. — Médecine légale : M. Demange, professeur. Autopsies médico-légales.

Conférences. — Anatomie topographique : M. Jacques, agrégé. Régions du cou et de la poitrine, jeudi et samedi, à 5 heures. — Orthopédie et bandages : M. Frœlich, agrégé. Hôpital civil : Clinique, mardi, jeudi, samedi, 10 h. Conférence, lundi, à 5 h. — Bactériologie : M. Haushalter, agrégé. Applications de la bactériologie à la clinique, samedi à 3 h. — Diagnostic médical : M. Etienne, agrégé. Appareil respiratoire et appareil circulatoire, vendredi à 5 h. — Chimie biologique : M. Guérin, agrégé. La matière et l'énergie. Les êtres vivants ; leurs principes constitutifs. Evolution des éléments. Alimentation et aliments. Digestion. Sang. Respiration. Matières albuminoïdes. mardi, samedi, à 9 h. 1/4. — Anatomie pathologique : M. Zilgien, agrégé. Démonstrations, samedi, 11 h. — Electrothérapie et radiographie : M. Guilloz, agrégé, hôpital civil : Clinique : mardi, jeudi, samedi, à 10 heures. — Anatomie descriptive : M. Bouin, agrégé. Appareil respiratoire et thyroïdien, mardi, jeudi, à 4 h. — Clinique des maladies mentales et nerveuses : M. P. Parisot, agrégé libre, hospice Saint-Julien : Clinique, samedi, 10 heures à midi. — Clinique des maladies des oreilles, de la gorge du nez : M. Jacques, agrégé. Hôpital civil, clinique lundi, mercredi, vendredi, 10 heures. Régions du cou et de la poitrine, jeudi et samedi, à 5 heures. — Maladies des voies urinaires : M. André, agrégé, hôpital civil : clinique, lundi, jeudi, samedi, à 10 heures. Conference, mardi, 5 heures.

Semestre d'Eté. Du 16 mars au 31 juillet.

Cliniques. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à h h. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi à 8 heures. — Clinique chirurgicale : M. Weiss, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi. à 8 h. — Clinique médicale : M. Spillmann, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, 3 h. — Clinique obstétricale et accouchements : M. A Herrgott, professeur, à la Maison de secours, mardi, jeudi, samedi, à 8 h.

Cliniques complémentaires. — Maladies des yeux : M. Rohmer, agrégé libre, à l'hôpital civil, mercredi, vendredi, à 11 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Février, agrégé, à la Maison de secours, mercredi, 10 heures ; samedi, 5 heures. — Maladies des enfants : M. Haushalter, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h. — Maladies des vieillards : M. P. Parisot, agrégé libre, à l'hospice Saint-Julien, mardi, vendredi, à 11 h.

Cours. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur. Optique physiologique Acoustique physiologique, lundi, jeudi, vendredi à 11 heures. — Médecine opératoire : M. Chrétien, professeur. Opération sur l'appareil de la locomotion, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — Chimie médicale et toxicologie : M. Garnier, prof. Excrétions urinaires et sudorales. Secretion lactée et spermatique. Chimie des tissus et des organes glandulaires, mardi, mercredi à 11 heures. — Physiologie : M. Meyer, professeur. Physiologie générale des éléments cellulaires, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Pathologie générale et pathologie interne : M. Simon, professeur. Maladies infectieusesx, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — Histoire naturelle médicale : M. Vuillemin, professeur. Histoire naturelle des agents pathogènes (1re année), mardi, jeudi, 5 h. 1/2. Biologie des parasites de l'homme, mercredi, 5 h. 1/2

Travaux pratiques. — Chimie médicale : M. Garnier, professeur. Analyse des urines, du lait, du suc gastrique, etc. ; dosages volumétriques. Etude des corps organiques azotés : matières albuminoïdes, acides amidés et amides, substances alcaloïdiques, composés prussiques, etc. Mercredi, vendredi, de 8 h. à 11 h., samedi, de 2 h. à 4 h. — Physique médicale : M. Guilloz, agrégé, chef des travaux. Applications cliniques de la physique. Jeudi, à 2 h. 1/2 — Médecine opératoire : M. Février, agrégé. Exercices pratiques, mardi, jeudi, 5 à 7 h. — Physiologie : M. Meyer, professeur. Démonstrations, samedi, 5 heures ; M. Lambert, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2. — Anatomie pathologique : M. Baraban, professeur. Questions spéciales d'anatomie pathologique, mardi, jeudi, de 2 h. à 4 h. — Histoire naturelle médicale : M. Vuillemin, professeur. Animaux et végétaux utiles et nuisibles, mercredi, vendredi, de 9 h. à 11 h. — Médecine légale : M. Demange, professeur. Autopsies médico-légales.

Conférences. — Maladies mentales : M. P. Parisot, agrégé libre. Hospice Saint-Julien : Clinique, samedi, de 10 h. à midi. — Bactériologie : M. Haushalter, agrégé. Applications de la bactériologie à la clinique, mardi, à 3 heures. — Diagnostic médical : M. Etienne, agrégé. Hôpital civil, vendredi, 4 heures. — Anatomie pathologique : M. Zilgien, agrégé. Démonstrations, samedi, à 11 h. — Electrothérapie et radiographie : M. Guilloz, agrégé. Hôpital civil : Clinique, mardi, joudi, samedi, à 10 heures. — Orthopédie et bandages : M. Frœlich, agrégé libre. Hôpital civil : Clinique, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures. Conférence, jeudi à 4 h. — Accouchements : M. Schuhl, agrégé. Operations obstétricales, lundi, vendredi à 5 h. — Maladies des oreilles, de la gorge et du nez : M. Jacques, agrégé. Hôpital civil : Clinique, lundi, mercredi, vendredi, 10 heures. — Physiologie : M. Lambert, agrégé, lundi, à 2 h. — Maladies des voies urinaires : M. André, agrégé. Hôpital civil. Conférence, mardi, 4 h.

Prix décernés par la Faculté.

La Faculté décerne les prix suivants à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études. — Prix universitaires (lettre ministérielle du 26 mars 1896) : 1° Prix d'anatomie et histologie, 1 médaille d'argent et 100 francs de livres. Les élèves de 2e année (nouveau regime) et les élèves de 3e année (ancien régime) sont seuls admis à concourir. — 2° Prix de physiologie, 1 médaille d'argent et 100 fr. de livres. Les élèves de 2e année (nouveau régime, et les élèves de 3e année (ancien regime) sont seuls admis à concourir. — 3° Prix de chirurgie et accouchements. 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Les élèves de 4e année sont seuls admis à concourir. — 4° Prix de médecine. 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Les élèves de 4e année sont seuls admis à concourir. — Les lauréats auront droit au remboursement des droits d'inscriptions versés par eux dans le courant de la dernière année scolaire. (Arrêtés des 20 février, 10 avril et 30 mai 1854.) Prix de thèse de 325 fr. (donné par le Conseil général de Meurthe-et-Moselle et la Ville de Nancy). Prix de l'Internat, ou prix Bénit, de 233 fr. Prix Ritter, de 800 francs, attribué tous les deux ans au meilleur travail original de chimie médicale, fait dans un laboratoire de la Faculté de Médecine de Nancy, par un élève ou ancien élève de cette Faculté. — Prix Albert Heydenreich-Victor Parisot, de 500 francs. Ce prix sera decerné en 1899-1990 au meilleur travail original de chirurgie en 1900-1901 au meilleur travail original de médecine.

Immatriculation. — Tout étudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer au secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° s'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur ; ce consentement doit indiquer le domicile de son père ou de son tuteur ; 3° un cer-

tificat constatant qu'il a été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté (des renseignements complémentaires seront donnés au secrétariat); 4° le diplôme ou certificat de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec la mention : *lettres-philosophie*, et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.—Les *Inscriptions* seront reçues tous les jours, de 10 heures à midi, du lundi 23 octobre au samedi 4 novembre, et pour les trimestres suivants, du 3 au 10 janvier, du 16 au 21 mars, du 1er au 10 juin. — Les *Consignations* pour les examens seront reçues tous les jours, à dater du lundi 23 octobre, de 10 heures à midi. Les Jurys d'examen fonctionneront à dater du 3 novembre. — Les *Cours*, et les *Travaux pratiques* ont commencé le vendredi 3 novembre.

Gratuité d'inscriptions. — Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscription sont adressées au Doyen de la Faculté, du 15 octobre au 1er novembre (art. 1er de l'arrêté du 31 mars 1887). — Elles sont accompagnées : d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY.

Directeur : M. SCHLAGDENHAUFFEN.
Directeur honoraire : M. JACQUEMIN.

ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900.

Semestre d'hiver (3 *novembre au* 15 *mars*).

Cours.

Toxicologie et physique : M. SCHLAGDENHAUFFEN, étude des poisons et des empoisonnements, mercredi, vendredi, à 9 heures; physique appliquée à la pharmacie, lundi, à 9 heures. — *Histoire naturelle* : M. BLEICHER, notions de zoologie appliquée à la pharmacie, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. — *Chimie* : M. HELD, chimie organique, série grasse, lundi, 11 h., jeudi, à 10 h. 1/1. — *Pharmacie* : M. KLOBB, médicaments dérivés de la chimie minérale, mercredi, samedi, à 2 h. 1/4.

Cours complémentaires et Conférences.

Hydrologie et minéralogie : M. FAVREL, agrégé, hydrologie et minéralogie, mercredi et vendredi, à 11 h. — *Botanique* : M. GRÉLOT, agrégé, anatomie et physiologie végétale, mercredi, vendredi, 5 heures. — *Préparation aux travaux pratiques* : M. FAVREL, agrégé, analyse qualitative et quantitative, lundi, 5 h. (1re année); même cours, jeudi, 5 h. (2e année). — *Chimie* : N..., Chimie minérale.

Travaux pratiques.

Micrographie appliquée : MM. GODFRIN et BRUNOTTE, élèves de 3e année, samedi, 9 h. à 12 h.— *Pharmacie galénique* : MM. DELCOMINÈTE et FAVREL, élèves de 3e année, mardi, 2 h. à 5 h. — *Micrographie générale* : MM. BLEICHER et BRUNOTTE, élèves de 2e année, vendredi, 2 h. à 5 h. — *Chimie* : MM. HELD et FAVREL, élèves de 3e année, mardi, 9 h. à 12 heures. — *Physique* : M. SCHLAGDENHAUFFEN, élèves de 1re année, jeudi, de 9 h. à 11 h. — *Chimie* : MM. HELD et FAVREL, élèves de 1re année et de 2e année, jeudi de 2 h. à 5 h., samedi de 9 h. à 12 heures:

Semestre d'été (16 *mars au* 31 *juillet*).

Cours.

Matière médicale : M. GODFRIN : drogues tirées des cryptogames, des gymnospermes et des monocotylédones, mardi, jeudi, 9 heures; samedi, 8 h.— *Pharmacie* : M. KLOBB : médicaments tirés de la chimie minérale, mercredi, vendredi, 11 h. — *Chimie* : M. HELD : chimie organique : série grasse mardi, 10 h. 1/2; mercredi, 4 h. 1/2.

Cours complémentaires et Conférences.

Botanique : M. GRÉLOT, agrégé : dicotylédones apétales, gymnospermes, monocotylédones, jeudi, 10 h., vendredi, 10 h. — *Pharmacie galénique* : M. DELCOMINÈTE, opérations pharmaceutiques ; médicaments qui en dérivent, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. — *Préparation aux travaux pratiques* : M. FAVREL, agrégé : analyse qualitativeet quantitative, samedi, 8 h. (1re année), jeudi, 8 heures (2e année).

Travaux pratiques.

Micrographie : MM. BLEICHER et BRUNOTTE, élèves de 2e année, vendredi, 2 à 5 h. — *Pharmacie* : MM. KLOBB et FAVREL, élèves de 2e année, mardi, de 2 h. à 5 h. — *Chimie analytique* : MM. HELD et FAVREL, élèves de 1re et 2e années, mardi, de 2 h. à 5 heures, samedi, 9 h. à 12 h. — *Toxicologie* : MM. SCHLAGDENHAUFFEN et FAVREL, élèves de 3e année, mercredi, 8 h. à 11 h. — *Herborisation* : MM. BLEICHER et BRUNOTTE, élèves de 1re, 2e, 3e années, jeudi. — *Micrographie appliquée* : MM. GODFRIN-BRUNOTTE, élèves de 3e année, samedi, 9 h. à midi.

Prix décernés par l'École. — L'École décerne les prix suivants à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études :

1° *Prix Universitaires* (décret du 21 avril 1869).— De 1re année, 1 médaille d'argent et 30 fr. de livres ; de 2e année, 1 médaille d'argent et 75 fr. de livres ; de 3e année, 1 médaille d'or d'une valeur de 300 fr.

Les lauréats de 1re et de 2e années sont dispensés des droits d'inscriptions (120 fr.) et d'examens semestriels (50 fr.), afférents à l'année scolaire suivante ; le lauréat de 3e année aura droit à la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Un lauréat qui aurait obtenu successivement le prix de 1re, de 2e et de 3e années jouira de la gratuité complète des droits qui lui resteront à acquitter pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe. (Décret du 21 avril 1869.)

2° *Prix des travaux pratiques.* — En exécution de l'article 8 du décret du 12 juillet 1878 : « Tout excédent de recettes constaté sur le produit des rétributions pour travaux pratiques après paiement des frais afférents à ces travaux est employé en prix et encouragements aux élèves les plus méritants. » — L'École décerne annuellement une *médaille d'argent* et, en outre, s'il y a lieu, une *médaille de bronze* pour les concours suivants :

1re année, prix de chimie ; 2e année, 1° prix de micrographie générale ; 2° prix de chimie ; 3e année, 1° prix de micrographie appliquée ; 2° prix de chimie et toxicologie.

3° *Prix du Conseil général de Meurthe-et-Moselle* (250 fr.) *et de la ville de Nancy* (75 fr.).

Nancy, le 27 octobre 1899.

Mon cher rédacteur en chef,

Voici, sommairement, les principaux faits de la dernière année scolaire :

I. *Personnel enseignant.* — Nomination de M. WEISS, professeur de pathologie externe depuis le 22 mai 1885, à la chaire de clinique chirurgicale.

Transformation de la chaire de pathologie externe en chaire de *clinique ophtalmologique*. Nomination de M. Rohmer, chargé de la clinique complémentaire des maladies des yeux, depuis le 19 novembre 1893.

Transformation de la charge des cours de pathologie externe en une *chaire de cours de pathologie externe*. M. Vautrin, agrégé libre de chirurgie, est chargé de ce cours (arrêté ministériel du 30 juillet).

Par arrêté du 26 juillet 1898, MM. P. Parisot, Hass, Nalter, Février, agrégés, ont été prolongés dans leurs fonctions de chargés de clinique des maladies des vieillards, des maladies des enfants, des maladies syphilitiques et cutanées. M. Schul, agrégé, est chargé d'un cours théorique d'accouchements. M. Guérin, agrégé, est chargé de la direction du laboratoire de chimie des cliniques.

M. Gross, doyen, prend la place de M. Heydenreich au conseil de l'Université. M. Charpentier y est également délégué. M. Weiss est délégué au conseil académique. M. Charpentier a été désigné par le Ministre pour faire partie de la Commission d'étude et de réformes à introduire dans le régime de l'agrégation de médecine. MM. Spillmann, Haushalter et Etienne ont fait partie de la délégation envoyée par le Ministre au congrès de la tuberculose à Berlin et à la conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis à Bruxelles.

Distinctions honorifiques. — M. Macé, promu à la troisième classe. M. Prenant, officier de l'Instruction publique. M. Jacques, officier d'académie.

Administration. — M. Gross, nommé doyen. M. Arnaud, commis au secrétariat retraité. M. Thomas nommé à sa place.

II. — *Personnel des étudiants.* — Nombre des élèves inscrits : 307 (304 candidats au doctorat, 3 candidats à l'officiat). Sur les 304 candidats au doctorat, 178 en cours d'inscription, 126 en cours d'examen.

Les 178 en cours d'inscriptions se répartissent ainsi : 65 en première année, 57 en deuxième année, 32 en troisième année, 24 en quatrième année.

Origine des élèves. — Meurthe-et-Moselle, 70. Vosges, 50. Alsace-Lorraine, 32. Meuse, 30. Haute-Marne, 4. Marne, 6. Haute-Saône, 3. Doubs, 7. Seine, 6. Ardennes, 2. Autres départements, 35. Bulgarie, 32. Russie, 7. Turquie (Arménie), 7. Turquie (Macédoine), 7. Luxembourg, 3. Angleterre, 1. Serbie,

2. Belgique, 1. Algérie, 2. Soit au total : 307 élèves parmi lesquels 60 étrangers dont 55 des pays d'Orient. Elèves admis à l'Ecole militaire de Lyon, 6.

III. — *Inscriptions, examens, thèses, etc.* Thèses, 57. Prix Ritter fondé en mémoire du Pr Ritter, tous les deux ans. Travail de chimie médicale. M. Maillard, préparateur de chimie, a eu ce prix.

IV. — *Enseignement. Anatomie.* — Réorganisation de ce service. Le Pr Nicolas est nommé directeur des travaux d'anatomie normale. — Le chef des travaux anatomiques est remplacé par un chef de laboratoire d'anatomie normale, M. Ancel.

Médecine légale. — M. Garnier, professeur de chimie, ajoutera à son enseignement un cours pratique de *toxicologie.*

Cliniques. — Les cliniques ont continué à bénéficier de subventions accordées par les conseils généraux permettant l'admission de malades étrangers à la ville. Meurthe-et-Moselle, 5.000 francs. Vosges, 2.000 francs. Meuse, 300 francs. Haute-Saône, 150.

La *clinique chirurgicale* de M. Heydenreich est confiée à M. Weiss. *Clinique ophtalmologique.* — Installée depuis l'an dernier dans un *nouveau* pavillon aménagé avec un grand confort et avec tous les perfectionnements modernes. M. le Pr Rohmer, titulaire.

Nouveaux enseignements cliniques spéciaux organisés à l'hôpital civil depuis l'an dernier : consultation *d'électrothéraphie,* M. Grillon, agrégé, consultation *d'orthopédie,* M. Frœlich, agrégé, consultation *d'oto-rhyno-laryngoscopie,* M. Jacqueraguin, service de *radioscopie* et de *radiographie,* M. Guillon, agrégé, *consultation des maladies des voies urinaires,* M. André, agrégé.

Clinique obstétricale de M. Herrgott. — Elle est encastrée dans le vieux bâtiment de la maison départementale de secours. Un projet de création d'une *nouvelle maternité* est à l'étude.

Nouvel Hôpice St-Julien, en construction en ce moment. La clinique des vieillards bénéficiera grandement de cette nouvelle et belle installation. — Hospice pour les enfants de la maison départementale de secours. Création d'un nouvel hospice, très bien installé à Maxéville. La clinique des enfants bénéficiera aussi de cette installation.

V. *Questions générales.* — *Prix Albert Heydenreich et Victor Parisot.* Donation faite par Mme Heydenreich à la Facultée d'un titre de rente de 500 fr. 3 0/0 pour la fondation d'un prix annuel donné à un travail original et inédit de clinique.

Doctorats de l'Université. — a. Ordre de la Médecine. b. Doctorat ès-sciences biologiques.

Vœu de l'organisation d'un *enseignement dentaire* à la Faculté.

Transfert des services de la Faculté, actuellement encore situés dans le bâtiment de la place Carnot, rue Sionnois, en face de l'Institut anatomique. Ce transfert se fera dans un avenir prochain, dans un vaste terrain, et dans le nouveau bâtiment dont les plans sont actuellement soumis à l'approbition du Ministre. Tous les services de la faculté se trouveront ainsi réunis à proximité des hôpitaux. Ce transfert, indispensable, sera de la plus grande utilité pour les étudiants.

En terminant, je crois utile de citer un *Extrait du rapport du Directeur de l'Ecole supérieure de Pharmacie.*

I. *Etudiants.* — Au 1er mars 1808, le nombre des étudiants a été de 67. L'année précédente, à la même époque, il était de 57 seulement. Il y a eu 166 inscriptions prises dont 117 de 1re classe et 49 de 2e classe. L'Ecole a décerné 12 diplômes dont 8 de 1re classe, 2 de seconde et 3 d'herboristes de 1re classe. M. Pages, déjà lauréat en 1897 et 1898, a obtenu la médaille d'or en 3e année.

II. *Personnel enseignant.* — En suite d'un concours qui avait eu lieu à Paris au commencement de l'année, et par décret en date du 6 juillet dernier, M. Grélot, préparateur du cours de matière médicale, a été institué agrégé en remplacement de M. Brunolle, dont les pouvoirs expirent le 1er novembre. Quoique arrivé au terme de son mandat, M. Brunolle nous reste comme chef de travaux d'histoire naturelle. M. Favrel, chef des travaux de chimie, a été nommé agrégé de pharmacie en vertu du même décret que ci-dessus.

III. *Enseignement.* — L'Ecole a tout lieu d'espérer que le cours de chimie minérale sera repris régulièrement comme avant le congé accordé à M. Meslau, agrégé.

IX. *Locaux.* — Depuis la création des enseignements et travaux pratiques en vue de l'obtention du diplôme de doctorat, nos laboratoires sont devenus insuffisants. Cet état de choses demande une amélioration à bref délai, au risque de nous être préjudiciable dans la suite.

Bien à vous, Dr X...

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE.

Doyen : M. le Pr DE LAPERSONNE.
Doyen honoraire : M. FOLET.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

OUVERTURE LE 3 NOVEMBRE 1899.

Cours.

Anatomie normale : M. DEBIERRE, professeur. Le système nerveux. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Histologie* : M. LAGUESSE, professeur. La cellule. Notions générales d'embryologie. Les tissus. Le système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h1/4. — *Anatomie pathologique et pathologie générale* : M. CURTIS, professeur. Maladies de l'appareil digestif. Bouche, œsophage, estomac, intestins, foie, pancréas. Pathologie générale, La fièvre. (*Le samedi est réservé aux leçons de pathologie générale*). Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — *Clinique médicale* : M. LEMOINE, professeur. Tous les jours exercices cliniques. Leçons cliniques les mardi, jeudi, samedi, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. FOLET, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. CHARMEIL, professeur. Leçons cliniques. Mercredi, samedi, à 10 heures — *Clinique ophtalmologique* : M. F. DE LAPERSONNE, professeur-doyen. Leçons cliniques. Lundi, à 9 h. et jeudi, à 10 heures. — *Hygiène :* M. SURMONT, professeur. Etiologie et prophylaxie des maladies infectieuses (2e partie du cours). Les exercices du corps. Le vêtement. Les soins corporels. Jeudi, samedi, à 3 h. Mardi, à 2 h., leçon pratique au laboratoire. — *Chimie médicale et Toxicologie* : M. LESCŒUR, professeur. *Chimie minérale.* Métaux et métalloïdes. Application à l'analyse chimique, à la toxicologie, à la pharmacie et à la médecine. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — *Pharmacie et Pharmacologie* : M. DEROIDE, agrégé, chargé du cours. Pharmacie et pharmacologie. Pharmacie galénique. Description des opérations de laboratoire. Etudes des formes pharmaceutiques. Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures 3/4. — *Histoire naturelle des parasites* : M. TH. BARROIS, professeur. Anatomie et physiologie générales. Protozoaires. Calentérés. Lundi et jeudi, à 9 heures 1/4. M. VERDUN, agrégé, chargé du cours. Parasitologie. Parasites végétaux. Protozoaires. Mardi, à 3 heures.

Cours complémentaires.

Accouchements : M. OUI, chargé du cours. Accouchement et délivrance pathologiques. Opérations obstétricales. Le nouveau-né. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Maladies des voies urinaires* : M. CARLIER, chargé du cours. Tous les jours exercices cliniques. Leçons cliniques les vendredi, à 10 heures. — *Clinique médicale des enfants* : M. AUSSET, agrégé, chargé du cours. Leçons cliniques. Lundi, à 10 h. 1/2, et vendredi, à 11 heures.

Conférences de MM. les Agrégés.

Conférences d'anatomie : N..., agrégé. Les muscles et les vaisseaux des membres et du cou. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. — *Conférences du laboratoire des cliniques* : M. CARRIÈRE, agrégé. Microscopie clinique. Jeudi, à 10 heures 1/2. — *Conférences de pathologie interne* : M. CARRIÈRE, agrégé. Etude théorique et pratique des maladies du cœur, des vaisseaux et des reins. Lundi et mercredi, à 6 heures. Séméiologie de ces organes. Vendredi, à 6 heures. — *Conférences de thérapeutique* : M. DELÉARDE, agrégé, Traitement des maladies de la nutrition. Jeudi et samedi, à 5 h.

Conférences.

Conférences de physique (pour les étudiants en pharmacie) : M. DEMEURE, chef des travaux. Optique. Électricité. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2. — *Conférences d'anatomie* : M. GÉRARD, prosecteur d'anatomie. Ostéologie et arthrologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h.

Travaux pratiques. Laboratoires.

Dissections : N..., agrégé, chef des travaux anatomiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 2 h. à 5 h. — *Travaux du laboratoire des cliniques* :

M. Carrière, agrégé, chef du laboratoire. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 8 heures 1/2 à 11 h. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* : M. Raviart, préparateur. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi et mercredi, de 2 à 4 h. — *Travaux pratiques d'Histoire naturelle* : M. Fockeu, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, 2 à 5 h. Vendredi, 2 à 4 h. Samedi, de 8 heures à 11 heures. — *Manipulations pharmaceutiques* : M. Deroide, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Mercredi, samedi, de 2 à 5 h. — *Exercices pratiques de physique*: M. Demeure, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Mardi, jeudi, de 2 heures à 4 heures. — *Travaux pratiques de chimie minérale* : M. Louis, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Médecine, vendredi, de 2 h. à 4 h. Pharmacie, lundi, mercredi et vendredi, de 2 à 5 h.

Cours annexe.

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes: M. Gaulard, professeur. Anatomie, Physiologie et Pathologie élémentaires (élèves 1re année). Théorie et pratique des accouchements (élèves 2me année). Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Règlement concernant le Doctorat de l'Université de Lille (Mention pharmacie).

Par arrêté du 12 juillet 1899, M. le Ministre a approuvé la délibération du Conseil de l'Université de Lille, instituant un dipôme de docteur (mention pharmacie) de cette Université et en réglementant les conditions de scolarité.

Article premier. — Il est créé un diplôme de docteur de l'Université de Lille (mention pharmacie).

Art. 2. — Les candidats à ce titre devront justifier du diplôme de pharmacien de 1re classe ou, s'ils se présentent à titre d'étrangers, d'un certificat d'études de pharmacie chimique et de toxicologie et d'un certificat d'études de pharmacie galénique et de matière médicale. Ils seront astreints à une année d'études au cours de laquelle ils prendront 4 inscriptions trimestrielles. Cette année de scolarité ne pourra être accomplie qu'à la Faculté de Lille.

Art. 3. — Les candidats acquitteront les mêmes droits d'inscription, de bibliothèque et de travaux pratiques que les étudiants en pharmacie. Seront seuls dispensés de ces droits les chefs de bureau, les préparateurs et les aides-préparateurs de la Faculté.

Art. 4. — Les candidats, en se faisant incrire, auront à opter entre la physique, la chimie et l'histoire naturelle.

Art. 5. — Ils subiront après cette année de scolarité un examen comprenant : 1° une épreuve écrite sur un sujet de physique, de chimie ou d'histoire naturelle, tiré des programmes des certificats énumérés à l'article 6 ; 2° une épreuve pratique se rapportant respectivement aux applications à la pharmacie de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle ; 3° une épreuve orale d'une durée de quinze minutes avec chacun des examinateurs. Les deux premières épreuves sont éliminatoires. Un zéro donné par l'un des juges dans les deux premières épreuves entraîne l'ajournement.

Art. 6. — Les pharmaciens de 1re classe munis : 1° pour la physique, des certificats d'études supérieures de physique générale et de minéralogie appliquée ; 2° pour la chimie, des certificats d'études supérieures de chimie minérale et de chimie appliquée ; 3° pour l'histoire naturelle, des certificats d'études supérieures de botanique et de zoologie, seront dispensés de cet examen, mais ils accompliront néanmoins une 4e année de scolarité à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille. Ils pourront être dispensés, mais seulement à titre onéreux, de cette quatrième année d'études.

Art. 7 — Les candidats qui auront satisfait à l'examen ci-dessus ou qui présenteront les deux certificats équivalents énoncés à l'art. 6 soutiendront une thèse imprimée contenant des recherches personnelles. La soutenance de cette thèse aura lieu devant un jury de quatre examinateurs.

Droits a percevoir. — Les droits à percevoir des candidats au grade de Docteur de l'Université de Lille (mention pharmacie) sont fixés ainsi qu'il suit :

4 inscriptions trimestrielles à 30 francs.	120. »
4 droits trimestriels de bibliothèque à 2 fr. 50 . .	10. »
4 droits de travaux pratiques à 25 francs	100. »
1 examen	30. »
1 thèse	40. »
Total. . . .	300. »

Les inscriptions pour la scolarité en vue du nouveau diplôme seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille dès le 3 novembre 1899.

Thèses soutenues devant la Faculté de Médecine de Lille
(*Année-scolaire* 1898-99.)

Mlle Bernson. Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière avant et après ses couches. — Boulogne. Le cancer du gros intestin (rectum excepté). — Boutillier. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie.

Carpentier. Des causes influençant le pronostic de la syphilis. — Castellant. Quelques recherches sur les glandes de Brunner. — Caumartin Contribution à l'étude de la nécrose du maxillaire d'origine non dentaire. — Cattaert. (Pharmacie). Contribution à l'étude des ténias trièdres. — Cassin. De la cystotomie sus-pubienne d'emblée dans les rétrécissements de l'urèthre. — Mlle Celse. Contribution à l'étude du scorbus infantile. — Chatelin. De l'intubation laryngée dans le croup. — Coorevits. De l'emploi des mouchetures dans le traitement de l'anasarque. — Coquidé. Variole et vaccine, leurs rapports.

Durasnel. La défense de l'Europe contre l'invasion des épidémies indiennes par voie maritime. — Dupuis. Contribution à l'étude de la dystocie de l'anneau de Bandl. — Duval. De la morbidité ou de la mortalité dans le service d'accouchement. (Hôpital de la Charité).

Faucher. Sur le diagnostic différentiel des diverses formes de la grippe. — Froissart. Contribution à l'étude des gommes amygdaliennes.

Girard. Recherches expérimentales sur les voies croisées de la motricité volontaire chez le chien.

Hautefeuille. De l'augmentation des formes graves de folie à l'asile de Bailleul. — Hénaut. Rétablissement de la sécrétion lacteé par l'électrisation. — Huart. Traitement opératoire des flexions utérines par la cunéohystérectomie.

Labarrière. De la luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant. — Lemaire. Recherches sur la toxicité de la liqueur dite « Amer du Pays ». — Lheureux. La déambulation dans les affections du membre inférieur.

Mabille de l'efficacité de l'arsenic contre les accidents de la médication thyroïdienne. — Mouton. Des hernies adhérentes par glissement du gros intestin.

Pel. — De l'intervention dans certains cas de cataracte zonulaire. — Petcovitch. La psittacose. — Plus. Les palpitations de l'aorte abdominale.

Thulliez. Contribution à l'étude des tumeurs érectiles des paupières. — Thilliez. Résultats éloignés de la résection tibio-tarsienne.

Van Heddeghem. Médication thyroïdienne dans les fractures. — Verhaeghe. De l'alcoolisation. Effets Causes. Remèdes. — Wagon. Du pronostic des tumeurs myxomateuses des membres.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Doyen : M. le Pr Lortet.
Professeurs honoraires : MM. Paulet, Chauveau, Berne.

Année scolaire 1898-1899.

Ouverture des cours le 3 *novembre* 1898.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales : M. Lépine, professeur; visite tous les jours à 9 h.; leçons cliniques : mardi, jeudi et samedi, 10 h. Hôtel-Dieu. — M. Bondet, professeur, Hôtel-Dieu. — *Cliniques chirurgicales* : M. Ollier, professeur; visite tous les jours à 9 h.; leçons magistrales : lundi, mercredi et vendredi à 10 h., Hôtel-Dieu. — M. Poncet, professeur. Hôtel-Dieu. Les Cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants. Enseignement propédeutique de 8 à 9 h. pour les élèves de 1re année. — — *Clinique obstétricale* : M. Fochier, professeur; leçons, le mercredi de 9 h. à 10 h. Visites et examens tous les matins de 8 h. à 9 h. à la Charité. Médecine, 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. Gayet, professeur; clinique : mardi, samedi, de 9 h. à 11 h. Hôtel-Dieu. Médecine, 3e et 4e années. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Gailleton, professeur; leçons : lundi, vendredi, de 9 h. à 11 h., Antiquaille. Médecine, 3e et 4e années. — *Clinique des maladies mentales* : M. Pierret, professeur. Asile de Bron. Tous les jours de 9 heures à 11 heures. Médecine, 4e année. — *Chimie organique et Toxicologie* : M. Cazeneuve, prof.; leçons: vendredi, de 3 h. 1/4 à 4 h. 1/4. Amphithéâtre de chimie. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années. Médecine, 2e année. — *Matière médicale et botanique* : M. Florence, professeur; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2, Amphithéâtre C. Médecine, 2e année. Pharmacie, 1re 2e et 3e années. *Anatomie* : M. Testut, professeur; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre A. Médecine, 1re et 2e années. — *Anatomie générale et Histologie* : M. Renaut, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 heures. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re et 2e années. — *Anatomie pathologique* : M. Tripier,

professeur; leçons: mardi, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Laboratoire (Salle des Travaux pratiques) : jeudi, 8 heures matin. Hôtel-Dieu (Salle des Autopsies); samedi, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Laboratoire (Salle des Travaux pratiques). Médecine, 3e et 4e année. — *Médecine légale* : M. LACASSAGNE, professeur; leçons : lundi, 2 à 3 h. Amphithéâtre C. ; mercredi, vendredi, 2 h. à 3 h. à la Morgue. Médecine, 4e année. — *Parasitologie et microbes* : M. LORTET, professeur, leçons : mardi, jeudi samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 1re et 3e années. Pharmacie, 1re et 3e années.—*Pathologie interne* : M. TEISSIER, professeur; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. à 4 h. Amphithéâtre C. Médecine, 3e et 4e années. — *Thérapeutique* : M. SOULIER, professeur ; leçons : mardi, jeudi, samedi, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Amphithéâtre B. Médecine, 3e et 4e années.

Cours du semestre d'été.

Physique biologique : M. MONOYER. — *Physiologie* : M. MORAT. — *Pathologie externe* : M. AUGAGNEUR. — *Pathologie générale* : M. MAYET. — *Médecine opératoire* : M. POLLOSSON (M.). — *Médecine expérimentale et comparée* : M. ARLOING. — *Hygiène* : M. BARD — *Chimie médicale et pharmaceutique* : M. HUGOUNENQ. — *Pharmacologie* : M. CROLAS. — *Maladies des oreilles, du nez et du larynx* : M. LANNOIS, agrégé, 4e année.

Enseignement complémentaire.

Clinique des maladies des femmes : M. LAROYENNE, professeur adjoint; semestre d'été. La Charité. Médecine, 4e année. — *Clinique des maladies des enfants* : M. WEILL, agrégé ; clinique : lundi, mercredi ; leçons : vendredi, de 8 h. à 9 h. La Charité. Médecine, 4e année. — *Accouchements* : M. POLLOSSON (Auguste), agrégé; leçons : mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 h. La Charité. Médecine, 3e année. — *Botanique* : M. BEAUVISAGE, agrégé; semestre d'été. Pharmacie, 1re année.

Enseignement auxiliaire.

Physique : M. BORDIER, agrégé ; conférence : lundi, mercredi, vendredi, de 2 heures à 3 heures. Amphithéâtre de physique. Pharmacie, 1re et 3e années. — *Chimie minérale et chimie analytique* : M. BARRAL, agrégé; conférence : mardi, jeudi, samedi, de 2 h. 3/4 à 3 h. 3/4. Amphithéâtre de chimie. Pharmacie, 1re et 2e années. — *Ophtalmologie* : M. ROLLET, agrégé ; conférence : , mercredi, de 4 h. à 5 h. Petit Amphithéâtre B. Médecine 2e et 3e ,années. — *Eléments de médecine* : M. PIC, agrégé ; conférence : lundi, vendredi, de 5 h. à 6 h. Amphithéâtre C. Médecine, 1re et 2e années. — *Bactériologie pratique* : M. COURMONT, agrégé; conférence : mardi, jeudi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année.— *Médecine légale* : M. BOYER, agrégé; conférence : samedi, de 5 h. à 6 h. Amphithéâtre C, Médecine, 4e année.

Conférences du semestre d'été.

Anatomie : M. DURAND. — *Toxicologie* : M. MOREAU. — *Minéralogie* : M. BARRAL. —*Anatomie pathologique* : M. DEVIC. — *Hydrologie* : M. X..., — *Petite chirurgie et éléments de chirurgie* : M. ROCHET. — *Parasitologie* : M. ROUX. — *Anatomie topographique* : M. X... — *Gynécologie* : M. CONDAMIN. — *Pathologie interne* : M. X... — *Physique biologique* : M. BORDIER.

La *Bibliothèque* de l'Université (section de Médecine) est ouverte aux élèves tous les jours, le dimanche excepté, le matin, de 9 heures à 11 h. 1/2, l'après-midi, de 1 h. 1/2 à 5 heures.

Lyon, le 24 octobre 1899.

Mon cher Rédacteur en chef,

L'année qui vient de s'écouler a été prospère pour l'Université lyonnaise et pour notre Faculté de médecine.

Le nombre des étudiants, qui augmentait chaque année, est resté stationnaire au chiffre de 1.400 : mais il faut tenir compte de la diminution notable du chiffre des étudiants étrangers. Les règlements nouveaux ne permettent plus de leur donner qu'un titre honorifique de docteur de l'Université, sans leur conférer le droit de pratiquer la médecine en France. Dans ces conditions, ils préfèrent rapporter dans leur pays le diplôme de docteur de l'Université de Paris, qui jouit d'un plus grand renom et d'un plus éclatant prestige. Cet état de choses va en s'accentuant et les Facultés de province seront de plus en plus désertées par les étrangers qui iront encombrer la capitale.

Dans quelques jours, nous aurons l'inauguration officielle du nouvel Institut chimique. Tous les laboratoires de chimie de la Faculté de médecine, de la Faculté des sciences, ont été réunis en un même palais qui a été aménagé avec le plus grand soin et où on a accumulé toutes les ressources modernes. Nul doute qu'il ne sorte bientôt de cet Institut des travaux remarquables récompensant l'Université des sacrifices qu'elle a dû s'imposer pour mener à bien une telle installation.

La Faculté de médecine, qui était à l'étroit dans les bâtiments du quai Claude-Bernard, a pu recouvrer la jouissance de vastes locaux occupés jusqu'ici par les laboratoires de chimie. On a pu ainsi agrandir le service de la médecine expérimentale et celui de la physiologie. Une partie notable de l'espace disponible a été réservée au service de l'hygiène, qui doit avoir à Lyon une organisation modèle, avec laboratoires, bibliothèque et musée spéciaux. Malheureusement, les crédits nécessaires pour les créations projetées sont considérables et notre Université n'est pas riche.

Un Lyonnais, M. Riboud, imitant l'exemple précédemment donné par M. Falcouz, a légué cette année à l'Université lyonnaise une somme de 50.000 francs. Dans notre ville, où la charité est proverbiale, où les hôpitaux ont pu constituer leur énorme fortune avec des legs particuliers, il faudrait que de tels exemples fussent suivis et que l'habitude se généralisât de faire des donations pour assurer le bon fonctionnement de notre Enseignement supérieur.

La bonne volonté ne manquant pas, et sous la haute direction de M. le Pr Arloing, il s'organise actuellement, avec des subventions et des donations particulières, un Institut sérothérapique et antirabique, appelé à rendre à notre ville et aux départements voisins les plus grands services.

Signalons enfin la pensée généreuse qu'a eue le conseil de l'Université, de créer, avec les ressources modestes dont il dispose, une série de cours nouveaux. C'est ainsi que le cours des maladies des voies urinaires, des maladies des oreilles, du nez, du larynx, le cours de propédeutique médicale et chirurgicale, le cours d'anatomie topographique, d'hydrologie et de matière alimentaire, sont tous des fondations récentes de l'Université. Ces cours ont comblé des lacunes importantes dans l'enseignement, et ils ont permis de rappeler à la Faculté une série d'agrégés dont le temps d'exercice venait d'expirer. A ce double point de vue, de telles créations sont dignes des plus grands éloges.

Tels sont, rapidement exposés, les faits principaux de notre vie universitaire dans l'année scolaire qui vient de s'écouler. Ils attestent une fois de plus le progrès et la marche ascendante de notre Université lyonnaise.

Agréez, mon cher rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments les plus distingués. Dr X.

Ecole du Service de Santé militaire de Lyon.

Cette Ecole, instituée par un décret du 25 décembre 1888, est établie près la Faculté de médecine de Lyon. Son but est d'assurer le recrutement des médecins de l'armée active, de seconder les études universitaires des élèves du service de santé et de les initier à la discipline et aux habitudes de la vie militaire. Les brillants résultats obtenus depuis la création de l'Ecole et l'affluence des candidats aux concours démontrent l'utilité d'une institution qui assure à ses fondateurs la reconnaissance de tout le corps de santé.

Les élèves se recrutent au concours parmi les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions au moins, prises conformément au décret du 31 juillet 1893, portant réorganisation des études médicales (nouveau régime). Ils doivent avoir eu moins de 23 ans au 1er janvier de l'année du concours qui a lieu aux mois de juillet et d'août.

Néanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats âgés de plus de 23 ans, et qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de 25 ans à cette même date, et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves.

Le programme du concours est publié, chaque année, au *Journal officiel* et au *Bulletin militaire officiel*.

Les élèves admis font partie, à l'Ecole, sans exception aucune, de la quatrième division, correspondant à la deuxième année d'études du nouveau régime, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions.

Le prix de la pension est de 1.000 fr. par an; celui du trousseau, qui est de 1.050 fr. environ, est déterminé chaque année par le Ministre de la Guerre et notifié aux élèves, en même temps que leur admission à l'Ecole. Des bourses, 1/2 bourses, trousseaux et

1/2 trousseaux peuvent être accordés aux élèves dont les familles sont incapables de subvenir à leur entretien à l'Ecole. Les élèves y continuent leurs études médicales au même titre que tous les autres étudiants et subissent leurs examens universitaires devant la Faculté de médecine. Ils doivent être pourvus du diplôme de docteur en médecine, au plus tard le 1er février de leur quatrième année de séjour à l'Ecole, époque à laquelle ils entrent à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce), pour y être initiés à la pratique spéciale de la médecine d'armée. En cas de double échec à un examen de doctorat ou de faute grave contre la discipline, les élèves sont renvoyés de l'Ecole et astreints aux obligations de la loi sur le recrutement, en ce qui concerne les étudiants en médecine.

Les élèves nouvellement admis reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du § 1er de l'art. 30 de la loi du 15 juillet 1889. Ils contractent en outre, à leur arrivée à l'Ecole, l'engagement de servir pendant six ans au moins, comme médecins militaires, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les élèves qui n'obtiendraient pas le grade d'aide-major ou qui, l'ayant obtenu, ne réaliseraient pas l'engagement sexennal seront admis à faire valoir leurs motifs de dispense, et, le cas échéant, le temps passé par eux sous les drapeaux, avant l'entrée à l'Ecole sera déduit de la période de service qu'ils sont tenus d'accomplir aux termes de l'art. 29 de la loi du 15 juillet 1889.

Les élèves reçoivent à l'Ecole un complément d'instruction et d'initiation militaires, destiné à les familiariser de bonne heure avec les exigences de la carrière qu'ils ont choisie. L'équitation, l'escrime, les exercices militaires leur sont enseignés; des conférences d'allemand ont pour but de leur conserver et de perfectionner chez eux les connaissances qu'ils ont acquises dans cette langue; ils reçoivent des notions sur l'administration de l'armée et sur le service médical militaire; enfin, des conférences de littérature et d'histoire contemporaine leur sont faites, une fois par semaine, à l'Ecole, par les professeurs de la Faculté des lettres de Lyon, nommés professeurs de l'Ecole par le Ministre de la Guerre.

Les élèves sont nourris et logés dans l'intérieur de l'Ecole ; ils suivent tous les cours, travaux pratiques et cliniques de la Faculté au même titre que les élèves civils: ils se rendent librement à ces cours, mais leur présence est constatée par des appels avant les différents exercices. Le régime intérieur diffère peu de celui de l'Ecole Polytechnique.

Les élèves sont considérés et traités comme élèves officiers. L'uniforme, qui se rapproche également beaucoup de celui de l'Ecole Polytechnique, a pour caractère distinctif les attributs de la médecine militaire à collet de velours cramoisi et caducée.

L'Ecole, magnifiquement installée, présente toutes les garanties désirables d'hygiène, et forme un superbe et immense bâtiment au voisinage immédiat de la Faculté.

Quatre-vingts élèves ont été admis à l'Ecole à la suite du concours de cette année.

Le chiffre total des élèves pour l'année scolaire 1899-1900 sera de 216, non compris les élèves qui, ayant terminé leur scolarité, vont être reçus docteurs et entreront prochainement au Val-de-Grâce, avec le grade de médecin aide-major de 2e classe, conformément au décret du 29 octobre 1898.

Le personnel médical de l'Ecole est composé de la façon suivante : *Directeur* : Dr **Nogier**, médecin inspecteur.

Sous-Directeur: Dr **Annequin**, médecin principal de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes.

Major : Dr **Mazellier**, médecin-major de 1re classe.

Répétiteurs : Drs **Batut**, anatomie ; **Bernard**, thérapeutique, hygiène et médecine légale; **Marcus**, médecine opératoire et accouchements ; **Ruotte**, pathologie externe ; **Benoit**, physiologie et histologie ; **Niclot**, pathologie interne.

Les répétiteurs, du grade de médecin-major, ont pour mission de seconder les élèves dans leurs études universitaires par des interrogations sur les matières traitées au cours de la Faculté, et, au besoin, par des conférences complémentaires. La surveillance est assurée par 5 aides-majors de 1re classe ou médecins-majors et par 6 adjudants sous-officiers appartenant à toutes les armes.

L'hôpital militaire Desgenettes est rattaché à l'Ecole sous le titre d'hôpital d'instruction ; le directeur de l'Ecole est en même temps le directeur de l'hôpital ; le sous-directeur en est le médecin-chef et les répétiteurs, chargés chacun d'un service de malades, initient chaque matin une partie des élèves aux éléments de la médecine et de la chirurgie avant de les envoyer aux cliniques de la Faculté. Les élèves de l'Ecole participent aux immenses ressources que la Faculté de médecine et les hôpitaux de Lyon mettent à la disposition des étudiants ; ses cliniques d'une grande richesse, des collections scientifiques, des laboratoires parfaitement outillés, des ressources anatomiques, uniques peut-être en France, tout démontre que la ville de Lyon était digne à tous égards de recueillir le pieux héritage de Strasbourg.

Les notes méritées par les élèves aux examens de la Faculté continuent à être très bonnes ; cet excellent résultat est dû à la véritable sélection dont sont l'objet les élèves admis, mais aussi à ce qu'ils ne manquent ni une séance de dissection ou de médecine opératoire, ni un accouchement. D'autre part, ces élèves suivent tous les cours, exercices pratiques, cliniques de la Faculté. Six répétiteurs font chaque jour des cours et des conférences sur les matières traitées aux cours ou nécessaires pour les examens, et tiennent les élèves ainsi en état d'entraînement. Le soir, ceux-ci travaillent librement dans leurs études jusqu'à dix heures, avec des ressources considérables en livres, préparations, etc.

L'Ecole ne reçoit pas d'élèves en pharmacie ; les jeunes gens qui veulent suivre la carrière de pharmacien militaire doivent se faire d'abord recevoir pharmaciens de 1re classe, puis ils se présentent à un examen d'admission qui a lieu au Val-de-Grâce où ils font un stage d'un an avant d'être nommés pharmaciens aides-majors de 2e classe.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900.

Doyen honoraire : M. A. Pitres.
Doyen : M. de Nabias.
Professeurs honoraires : MM. Micé, Azam, Dupuy, Moussous.

Semestre d'hiver (3 *novembre* — 15 *mars*).

Cours.

Anatomie : M. Cannieu. Système nerveux central et périphérique. Lundi, Mercredi et Vendredi, à 1 heure. 1re et 2e année. — *Anatomie générale et histologie* : M. Viault. Etude histologique des organes. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h. 1/4. 1re et 2e an. — *Anatomie pathologique* : M. Coyne. Inflammations et infections. Lundi, Mercredi et Vendredi, à 2 h. 3/4. 3e année. — *Pathologie et thérapeutique générales* : M. Vergely. Troubles généraux de la calorification, la fièvre, les agents antithermiques. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 h. 1/4. 3e an. — *Thérapeutique :* M. Arnozan. Traitement des maladies du cœur et des voies respiratoires. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 h. 1/2. 4e an. — *Médecine légale* : M. Morache. Suite des questions sociobiologiques soulevées par le Droit civil. Grossesse. Naissance. Mort. Identité. Responsabilité. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h. 1/4. 4e année. *Matière médicale* : M. de Nabias. Médicaments du système nerveux. Anti-thermiques. Antiseptiques. Samedi, à 5 h. 1/4. 4e année.

Cours complémentaires.

Cours complémentaire d'accouchements : M. Chambrelent. Cours complet d'accouchements. Mardi, Jeudi, Samedi, à 4 h. 3e an. — *Cours complémentaire de pathologie externe* : M. Denucé. Traumatismes en général. Affections chirurgicales des tissus. Mardi, Jeudi et Samedi, à 5 heures. 2e année. — *Cours complémentaire d'embryologie* (Fondation de l'Université) : M. N. Organogénie. Lundi, mercredi, vendredi, 2 h. 2e année.

Semestre d'été. (16 *mars* — 31 *juillet*).

Cours.

Physiologie : M. Jolyet. Physiologie générale du muscle et du nerf. Etude de l'influence du système nerveux dans les diverses fonctions de la vie. Mardi, Jeudi, Samedi, 5 h. 2e année. — *Physique* : M. Bergonié. Physique biologique. Acoustique et optique. Mercredi, vendredi, 5 heures. 1re et 2e année. Electrothérapie. Lundi, 11 h. 1/4. 3e année. — *Chimie biologique* : M. Denigès. Matières protéiques et leurs dérivés. Diastases. Toxines et virus. Humeurs normales et pathologiques. Lundi, Mercredi et Vendredi, 4 h. 2e an. — *Médecine expérimentale* : M. Ferré. Etude des maladies microbiennes. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h. 1/4. 3e et 4e année. — *Médecine opératoire* : M. Masse. La chirurgie d'urgence. Chirurgie du foie et des voies biliaires. Opérations que l'on pratique sur les organes génitaux et urinaires. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 h. 1/2. 3e année. — *Hygiène* : M. Layet. Hygiène expérimentale. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 h. 1/4. 4e année.

Cours complémentaires.

Pathologie interne : M. Rondot. Maladies générales et infectieuses. Maladies du tube digestif. Mardi, Jeudi, Samedi, 3 heures. 2e année. — *Physiologie* (Fondation de l'Université) : M. Pachon. Circulation. Respiration. Digestion. Sécrétions. Mardi, Jeudi, Samedi à 4 h. 1re an. — *Ophtalmologie* (Fondation de l'Université) : M. Lagrange. Optométrie. Ophtalmoscopie et affections du fond de l'œil. Examen des yeux au point de vue du service militaire. Mardi, Jeudi, 5 h. 3e année.

Cliniques.

SEMESTRE D'HIVER.

Clinique médicale. M. Picot, hôpital Saint-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2. — *Clinique chirurgicale*. M. Lanelongue, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique d'accouchements* : M. Lefour, hôpital Saint-André. Mercredi, à 1 h. — *Clinique ophtalmologique*. M. Badal, hôpital Saint-André. Lundi, Vendredi, à 9 h. 1/2.— *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud, hôpital des Enfants. Mardi, Vendredi, à 4 heures. — *Clinique gynécologique* : M. Boursier Hôpital Saint-André. Mardi 3 heures. — *Clinique médicale des Maladies des enfants* : M. A. Moussous, hôpital des Enfants. Mercredi, Samedi, 4 heures.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Clinique médicale : M. Pitres, hôpital Saint-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Demons, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique d'accouchements* : M. Lefour, hôpital Saint-André. Lundi, Vendredi, à 1 h. — *Clinique ophtalmologique* : M. Badal, hôpital Saint-André. Mercredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud, hôpital des Enfants. Mardi, Vendredi, à 4 heures. — *Clinique gynécologique* : M. Boursier. Hôpital Saint-André. Mardi, à 3 heures. — *Clinique médicale des Maladies des enfants* : M. A. Moussous, hôpital des Enfants. Mercredi, Samedi, à 4 heures.

Cours complémentaires de Clinique.

Maladies cutanées et syphilitiques : M. Dubreuilh. Maladies vénériennes, hôpital Saint-Jean. Lundi, 4 h. Maladies cutanées, annexe Saint-Raphaël. Jeudi, à 4 h. — *Maladies des voies urinaires* : M. Pousson, faculté Saint-Julien. Vendredi, 3 heures. — *Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : M. Moure, annexe Saint-Raphaël. Mardi, Jeudi, à 10 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Régis, annexe Saint-Raphaël. Jeudi, 3 heures.

Conférences.

SEMESTRE D'HIVER.

Anatomie : M. N.... Splanchnologie et Angiologie. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure. — *Pathologie externe* : M. N.... Eléments de pathologie externe. Lundi, vendredi, 4 heures. — *Séméiologie chirurgicale* : M. Chavannaz. Exercices de diagnostic. Mercredi, Samedi, 10 h. 1/2. — *Séméiologie médicale* : M. Sabrazès. Exercices de diagnostic. Lundi, vendredi, 10 h. 1/2. *Histoire naturelle* : M. Beille. Parasitologie : Parasites animaux et végétaux de l'homme. Vendredi, 5 heures. — *Pathologie exotique* : M. Le Dantec. Maladies des pays chauds. Mercredi, 2 heures 1/2. — *Autopsies médico-légales* : M. Lande. (Annoncées par des avis particuliers).

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Séméiologie chirurgicale : M. N... Exercices de diagnostic. Mardi Samedi, à 10 h. 1/2. — *Pathologie interne* : M. Cassaet. Eléments de pathologie interne. Mardi, Samedi, à 5 heures 1/4. — *Séméiologie médicale* : M. Hobbs. Exercices de diagnostic. Lundi, Vendredi, 10 h. 1/2. — *Anatomie topographique* : M. Villar. Anatomie des régions. Mardi, Samedi, à 4 heures. — *Anatomie pathologique* : M. Auché. Anatomie pathologique de l'appareil respiratoire. Lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. — *Obstétrique* : M. Fieux. Exercices pratiques sur le mannequin. Lundi, Vendredi, 1 h. 1/4. — *Autopsies médico-légales* : M. Lande. (Annoncées par des avis particuliers.)

Travaux pratiques obligatoires.

SEMESTRE D'HIVER.

Anatomie : M. N... Institut anatomique. Tous les jours de 2 à 5 h. — *Anatomie pathologique* : M. Auché. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, Vendredi, de 1 h. à 2 h. 1/2. — *Parasitologie* : M. Lasserre. Laboratoire d'histoire naturelle. Mardi, samedi, de 2 h. 1/4 à 3 h. 1/2.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Histologie : M. Cassaet. Laboratoire d'histologie. Lundi, Mercredi, Vendredi, de 2 à 4 heures. — *Physiologie* : M. Sellier. Laboratoire des travaux pratiques de physiologie. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 4 h. Démonstrations pratiques. Samedi, à 4 h. — *Physique* : M. Sigalas. Laboratoire de physique. Lundi, Mercredi, Vendredi, de 2 h. à 4 heures. — *Chimie biologique* : M. Dupuy. Laboratoire de chimie biologique. Lundi, Mercredi, Vendredi, de 2 à 4 h. — *Anatomie pathologique* : M. Auché. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, Vendredi, 1 h. à 2 h. 1/2. — *Médecine opératoire* : M. N... Institut anatomique. Mardi, Jeudi, samedi, de 1 h. à 2 h. 1/2

Enseignement pharmaceutique.

SEMESTRE D'HIVER.

Cours.

Pharmacie : M. Figuier. Médicaments d'origine minérale ; leurs modes de préparation. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/4. — *Matière médicale* : M. de Nabias. Médicaments du système nerveux. Antithermiques. Lundi, mercredi, 10 h. 1/2. Antiseptiques. Samedi, 5 h. 1/4. — *Cours complémentaire de Chimie* : M. Dupouy. Etude des principaux composés minéraux au point de vue des applications pharmaceutiques (*suite*). Mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 1/2.

Conférences.

Cryptogamie végétale et bactériologie : M. Guillaud. Etude médicale des champignons. Mardi, jeudi, à 5 h. — *Physique* : M. Sigalas. Production et utilisation de la chaleur et du froid. *Electricité* : Générateurs, récepteurs et transformateurs électriques. Mardi, jeudi, samedi, 9 heures 1/4. — *Zoologie* : M. Beille. Animaux vertébrés. Etude spéciale des espèces médicamenteuses et venimeuses. Lundi, mercredi, vendredi, 5 heures.

Travaux pratiques.

Micrographie : M. Lasserre. Laboratoire d'histoire naturelle. Lundi, vendredi, de 2 à 4 heures. — *Pharmacie* : M. Barthe. Laboratoire des travaux pratiques de pharmacie et de chimie. Lundi, Mardi, de 2 h. à 5 heures. Mercredi, vendredi, de 2 h. à 5 h.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Cours.

Chimie : M. Blarez. Etude des principaux composés organiques au point de vue des applications pharmaceutiques. Sucres, corps gras, produits aromatiques. Mardi, jeudi, samedi, 9 heures. — *Histoire naturelle* : M. Guillaud. Etude médicale des familles de plantes. Monocotylédones et Polypétales. Lundi, mercredi, vendredi, 10 h. 1/4.

Cours complémentaires.

Hydrologie et minéralogie : M. Carles. Applications médicales et pharmaceutiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Conférences.

Toxicologie : M. Barthe. Composés organiques toxiques. Alcaloïdes. Mardi, samedi, 5 h., jeudi, 10 h. 1/4.

Travaux pratiques.

Physique : M. Sigalas. Laboratoire de physique. Mardi, jeudi, de 2 h. à 4 h. — *Micrographie* : M. Lasserre. Laboratoire d'histoire naturelle. Lundi, vendredi, de 8 h. à 10 h. — *Pharmacie et chimie* : M. Barthe. Laboratoire des travaux pratiques de pharmacie. Lundi, Mardi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 5 h., — *Analyses spéciales* : M. Tourrou. Laboratoire de chimie. Mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 3 heures.

Enseignement clinique complémentaire.

SEMESTRE D'HIVER ET D'ÉTÉ

Consultations gratuites réservées aux indigents.

Maladies chirurgicales : M. Lanelongue, jeudi, à 8 h. M. Demons, vendredi, à 8 h. 1/2. — *Maladies du cœur* : M. Picot, mardi, à 9 h. — *Maladies du système nerveux* : M. Pitres, mercredi, samedi, à 9 h. — *Electrothérapie* : M. Bergonié, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. — *Maladies de la peau* : M. Dubreuilh, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. Opérations, jeudi, à 9 h. — *Maladies des femmes* : M. Boursier, jeudi, samedi, à 1 h. — *Maladies des voies urinaires* : M. Pousson, lundi, mercredi, à 1 h. — *Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : M. Moure, gorge et larynx, lundi, jeudi, à 9 h. ; oreilles et nez, mardi, vendredi, à 9 h. ; Opérations, samedi, à 9 h. — *Maladies mentales* : M. Régis, mardi, à 1 h. — *Maladies des pays chauds* : M. Le Dantec, lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. *Maladies des yeux* : M. Badal, tous les jours, à 9 h. — *Maladies des femmes enceintes* : M. Lefour, mercredi, à 1 h. — *Maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud, lundi, à 8 h. du matin et 4 h. du soir ; mercredi, vendredi, à 8 h. — *Maladies internes des enfants* : M. A. Moussous, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures.

Enseignement des élèves Sages-femmes.

Anatomie, Physiologie et Pathologie élémentaires, M. Chambrelent. Semestre d'hiver: Lundi et Vendredi, à 10 heures. Semestre d'été : Mardi, Jeudi et Samedi, à 10 heures. — *Accouchements*, M. Fieux. Semestre d'hiver : Mardi et Samedi, à 10 heures. Semestre d'été : Mardi, Jeudi et Samedi, à 9 heures.

Prix décernés par la Faculté.

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux décerne une série de prix à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études dans les deux ordres d'enseignement.

Prix de Médecine. — 1re *année* : Médaille d'argent et 100 francs de livres ; 2e *année* : Médaille d'argent et 100 francs de livres : 3e *année* : Médaille d'argent et 185 francs de livres ; 4e *année* : Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Chacun des lauréats a droit, en outre, au remboursement des droits d'inscription afférents à l'année scolaire à laquelle se rapporte le concours. Des mentions honorables pourront être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents. — *Prix du Conseil général de la Gironde* : 300 fr. — *Prix Godard* (des thèses de l'année) : Une médaille d'or de 500 fr.; deux médailles d'argent de 200 fr.; des médailles de bronze. — *Prix Godard* de 2,000 francs. Ce prix est attribué à l'auteur du meilleur mémoire inédit présenté sur l'un des trois sujets mis annuellement au concours. Ne sont admis à concourir que les docteurs en médecine ayant fait toutes leurs études à la Faculté et se trouvant dans les conditions d'âge indiquées dans le programme.

Prix de Pharmacie. — 1re *année* : Médaille d'argent et 30 fr. de livres ; 2e *année* : Médaille d'argent et 75 fr. de livres ; 3e *année* : Médaille d'or d'une valeur de 300 fr. — Les immunités attachées à chacun de ces prix sont : pour les lauréats de 1re et de 2e années, la dispense des droits d'inscription et des droits d'examen afférents à l'année suivante ; pour les lauréats de 3e année, la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Des mentions honorables pourront être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents. — *Prix du Conseil général de la Gironde* : 200 francs. — *Prix Barbet* : 50 francs. — *Prix des Travaux pratiques* : 100 francs de livres au lauréat de chaque année d'études. — *Prix de la Société de Pharmacie* (Pour les examens de validation de stage) : Deux médailles de vermeil.

Le Secrétariat est ouvert tous les jours non fériés : de 10 heures à midi, pour la réception des consignations et pour la délivrance des certificats et pièces diverses ; de 1 heure 1/2 à 4 heures (sauf pendant les vacances), pour les renseignements.

Les *Inscriptions* sont reçues, de 10 heures à midi, aux dates ci-après : Médecine, du 21 octobre au 5 novembre, 1er au 15 janvier, 1er au 15 avril, 25 juin au 10 juillet. — Pharmacie, 1er au 15 novembre, 1er au 15 janvier, 1er au 15 avril, 25 juin au 10 juillet.

Bordeaux, le 29 octobre 1899.

Mon cher Rédacteur en chef,

De toutes les correspondances que je vous ai adressées pour le *Numéro des Etudiants*, je crois qu'il n'en est aucune aussi importante que celle de cette année. Sans doute, il reste beaucoup à faire pour l'*Assistance* et pour l'*Enseignement*, mais, je le crie bien haut : Enfin, il y a du nouveau et du bon. Parlons d'abord des hôpitaux.

L'hôpital du Tondu, construit depuis plusieurs années, en vue d'y mettre les filles soumises adressées par le Service Médical de la Ville, avait été reconnu, dans la suite, beaucoup trop important pour cette affectation. Les municipalités qui se sont succédé depuis cette époque eurent la même opinion. Mais alors, qu'en faire ?

En 1898, la Ville eut l'idée de l'offrir à la Commission administrative des hospices en la priant néanmoins de lui dire l'emploi auquel elle le destinerait. Après des pourparlers, il a été décidé qu'on y hospitaliserait des Vieillards et des Incurables.

Situé dans la banlieue de Bordeaux, entre l'hospice général de Pellegrin et l'asile des aliénés de Picon, cet hospice contient 120 lits. D'ici peu de temps, les hospitalisés y trouveront bon gîte et tous les soins désirables. On construit actuellement sur un point du domaine de Pellegrin un bâtiment destiné *aux malades devant subir de grandes opérations*, et ne pouvant, à raison de l'insuffisance de leurs ressources, se faire traiter dans les cliniques particulières.

La création de ce petit hôpital est due à la générosité de Mme Tastet-Girard qui supportera tous les frais de construction et d'aménagement intérieur. Une fois terminé, la bienfaitrice en fera la remise à la Commission administrative des hospices et lui versera une somme de 250.000 francs dont le revenu représentera sa part contributive dans les frais d'entretien dudit hôpital. Cet établissement, désigné sous le nom d'*hôpital Tastet-Girard*, sera une annexe de l'hôpital Saint-André, et comprendra deux pavillons de 14 lits chacun, occupés par des malades des deux sexes.

Sur le même domaine de Pellegrin se trouve en construction un *pavillon de Convalescents*. L'édification de ce bâtiment, depuis longtemps dans les projets de la Commission administrative des hospices, peut être réalisée aujourd'hui grâce à libéralité d'un généreux bienfaiteur, M. Audinet de Tieuchon qui, entre autres dispositions charitables, a affecté un capital de 200 000 francs à la fondation et à l'entretien des 60 lits qui seront mis à la disposition des malades venant de l'hôpital Saint-André et qui entreront en convalescence.

L'hôpital des Enfants va être enfin doté d'un magnifique *Pavillon d'isolement des maladies contagieuses*. On va l'élever sur un terrain spacieux et bien aéré contigu à l'hôpital des Enfants et acheté par l'Administration des Hospices en 1893. Les travaux d'installation seront mis à l'adjudication dès que les plans et les devis seront approuvés par l'autorité supérieure.

Voilà donc, mon cher rédacteur en chef, de la bonne besogne : un nouvel hospice des vieillards et d'incurables (hôpital du Tondu) en sus de celui qui existe déjà depuis bien des années, l'*hôpital Tastet-Girard* pour les grandes opérations, le *Pavillon des Convalescents* de Pellegrin et le *Pavillon* des *maladies contagieuses* de l'hôpital des Enfants.

Ces innovations, toutes plus heureuses les unes que les autres, comblent des lacunes immenses. Aussi, ne saurait-on adresser trop de félicitations aux généreux donateurs qui ont permis de subvenir aux besoins des malheureux et à l'Administration des Hospices qui a si bien su les comprendre.

La *maison de santé protestante de Bordeaux* mérite d'être signalée par son importance et les services précieux qu'elle rend. Jusqu'à présent, elle se réduisait à des locaux peu étendus et suffisait à peine à répondre à toutes les charités que le Conseil d'Administration désirait accomplir. Aujourd'hui elle représente un établissement de premier ordre. Elle comprend : un hôpital pour les malades protestants des deux sexes. — Un hôpital pour les marins étrangers. — Un hôpital pour les enfants protestants des deux sexes. — Un sanatorium pour les enfants protestants des deux sexes aux bains de mer d'Arcachon. — Des garde-malades soignant en ville. — Une école libre gratuite de garde-malades.

Dans cette correspondance, mon cher rédacteur en chef, je ne veux attirer votre attention que sur l'école de garde-malades, connaissant tout l'intérêt que vous portez à cette question : A tout seigneur, tout honneur.

La notice et les règlements que je vous communique, diront beaucoup plus éloquemment que moi l'utilité d'une pareille institution, aussi, me bornerai-je à proclamer sa haute portée et à adresser aux membres du Conseil d'Administration, à Madame la Directrice et au personnel enseignant de la maison de santé protestante de Bordeaux, les félicitations les plus chaleureuses pour tout le bien qu'ils font à l'humanité.

Veuillez agréer, mon cher rédacteur en chef, l'assurance de mes meilleurs sentiments. E B.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE.

Doyen : M. A. Labéda.
Assesseur : M. Dupuy. — *Secrétaire* : M. M. Chaudron.
Professeurs honoraires : MM. Basset et Noguès.

Année scolaire 1899-1900.

Semestre d'hiver (3 novembre 1899 au 1er mars 1900).

Cours.

Anatomie : M. Charpy, professeur. — *Pathologie externe* : M. Pénières, professeur. — *Pathologie interne* : M. André, prof. — *Hygiène* : M. Guiraud, professeur. — *Hydrologie et minéralogie* : M. Garrigou, chargé du cours. — *Pathologie générale* : M. Herrmann, professeur. — *Physique biologique* : M. Marie, chargé du cours. — *Chimie et toxicologie* : M. Frébault, professeur. — *Botanique* : M. Lamic, chargé du cours. — *Pharmacie* : M. Dupuy, professeur. — *Physiologie* : M. Abélous, professeur. — *Chimie biologique* : M. Gérard, chargé du cours. — *Médecine opératoire* : M. Labéda, doyen, professeur. — *Anatomie pathologique* : M. Tapie, professeur. — *Thérapeutique* : M. Saint-Ange, professeur. — *Matière médicale* : M. Bræmer, professeur. — *Physique (applications pharmaceutiques)* : M. Marie, chargé du cours. — *Zoologie médicale* : M. Suis, chargé du cours. — *Histologie normale* : M. Tourneux, professeur. — *Microbiologie* : M. Morel, chargé du cours. — *Médecine légale* : M. Guilhem, chargé du cours.

Cliniques.

Cliniques médicales : MM. Caubet, doyen honoraire, Mosse,

professeurs. — *Cliniques chirurgicales* : MM. CHALOT et JEANNEL, professeurs. — *Clinique obstétricale* : M. CROUZAT, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : M. VIEUSSE, chargé du cours. — *Clinique des maladies mentales* : M. RÉMOND, professeur. — *Clinique des maladies des enfants* : M. BÉZY, chargé du cours.— *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. AUDRY, professeur.

CONFÉRENCES DE MM. LES AGRÉGÉS.

Anatomie et histologie : M. SOULIÉ, agrégé. — *Physiologie* : M. BARDIER. — *Pathologie interne* : MM. FRENKEL, MOREL et RISPAL, agrégés. — *Pathologie externe* : MM. BAUBY et CESTAN. — *Obstétrique* : M. AUDEBERT. — *Pharmacie et minéralogie* : M. RIBAUT, chargé de cours. — *Chimie et toxicologie* : M. GÉRARD.

TRAVAUX PRATIQUES OBLIGATOIRES.

Physique biologique : M. CLUZET.—*Chimie biologique* : M. GÉRARD. —*Anatomie* : M. CHARPY.—*Physiologie* : M. BARDIER. —*Histologie* : M. SOULIÉ. — *Anatomie pathologique* : M. DAUNIC. — *Chimie* (pharmaciens) : M. RIBAUT. — *Physique* (pharmaciens) : M. CLUZET. — *Micrographie* : M. SUIS. — *Pharmacie* : M. RIBAUT. — *Bactériologie* : M. MOREL. — *Parasitologie* : M. SUIS.

ENSEIGNEMENT OBSTÉTRICAL.

Enseignement obstétrical : M. CROUZAT, professeur. — *Anatomie et physiologie élémentaires* : M. AUDEBERT.

LABORATOIRE DES CLINIQUES. — EXERCICES PRATIQUES A L'HOPITAL.

Anatomie pathologique et bactériologie : M. RISPAL. — *Chimie* : M. GÉRARD. — *Physique appliquée à la pathologie* : M. MARIE.

PRIX DÉCERNÉS PAR LA FACULTÉ.

Prix Lefranc de Pompignan. — M. le marquis Lefranc de Pompignan a légué à l'Ecole de Médecine de Toulouse une rente de seize cents francs par an, destinée à fonder un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'étudiant en médecine qui aura pris régulièrement, et sans interruption pendant trois ans, ses inscriptions pour le doctorat et se sera fait distinguer par sa bonne conduite et ses progrès. Le lauréat recevra seize cents francs par an, pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris. Le prix, qui a été décerné en 1895, sera décerné de nouveau à la fin de l'année 1899.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de 500 fr. sera décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'elève qui, après avoir étudié 4 années dans ladite Ecole, y aura été reçu officier de santé avec le plus de distinction.

Prix Gaussail. — M[me] veuve Gaussail ayant fait don à la ville de Toulouse d'une somme de 40.000 fr., dont le revenu doit servir à fonder deux prix à décerner annuellement à des étudiants en médecine, un concours spécial sera ouvert, à la fin de l'année scolaire, pour la délivrance de ces prix, aux élèves de première année et aux élèves de deuxième année.

Prix Maury. — M Maury a institué, par testament, trois prix annuels de 1.000 francs chacun aux étudiants les plus méritants et dénués de fortune ayant pris leur titre de docteur dans le courant de l'année.

Prix du Conseil général. — Une somme de 400 francs, votée par le Conseil général de la Haute-Garonne, est distribuée en prix aux étudiants : 200 fr. aux étudiants en médecine, 200 fr. aux étudiants en pharmacie.

Prix du Conseil municipal. — Le Conseil municipal a voté 500 francs pour être donnés en prix à des étudiants.

Prix de la Faculté de médecine.—Des concours de prix (médailles et livres, prix de fin d'année et prix des travaux pratiques) sont institués pour chaque année d'études, en médecine et en pharmacie, et décernés tous les ans dans la séance solennelle de rentrée de la Faculté.

Prix aux élèves Sages-Femmes. — Un concours de fin d'année est ouvert entre les élèves sages-femmes. Il est accordé une médaille d'argent et une mention honorable pour les élèves de deuxième année, une médaille de bronze et une mention honorable pour les élèves de première année.

Toulouse, 28 octobre 1899.

Mon cher Directeur,

Quelques changements se sont produits à la Faculté de Médecine de Toulouse, au cours de l'année 1898-1999. Dans le corps des professeurs, voici les modifications apportées : MM. Guiraud et Audry, chargés de cours, élevés au titulariat ; MM. Marie, Lamic, Suis et Bézy nommés définitivement chargés de cours; MM. Guilhem, Vieusse maintenus dans leurs fonctions jusqu'en 1904; M. Gérard, nommé à la chaire de chimie, en remplacement de M. Biarnès, décédé; enfin, M. Ribaut, licencié ès-sciences, chargé des fonctions d'agrégé à la place de M. Gérard. Mentionnons encore la nomination de M. Maurel, ex-chargé des fonctions d'agrégé, à la chaire de médecine expérimentale, chaire nouvellement créée.

Le nombre des élèves est resté sensiblement le même ; il y a eu en cours d'études 727 étudiants, se décomposant :

Doctorat	468
Officiat	7
Pharmaciens	198
Sages-femmes	18
Herboristes	2
Candidats à la validation de stage	34

Le nombre des thèses subies s'est élevé à 56, dont 55 en médecine et 1 en pharmacie. Enfin, 9 élèves ont été reçus à l'École de Lyon, dont quelques-uns avec les premiers numéros.

De l'enseignement que donne la Faculté et de sa distribution, il y aurait fort à dire. Convient-il de rappeler qu'il est des professeurs de clinique médicale, dont l'unique souci est d'émarger au budget; d'autres ont érigé le cumul à la hauteur d'un principe et, sans la moindre vergogne, n'hésitent pas, tout professeurs qu'ils sont, à occuper concurremment les fonctions de chef de travaux afin d'en empocher les émoluments. Les Sappey, les Tardieu nous avaient épargné cette honte. Enfin, n'est-il pas révoltant de voir, par favoritisme, des professeurs disposer des places d'agrégation, en attribuant comme cela a eu lieu, lors du dernier concours d'agrégation, une place d'agrégé à la section des sciences naturelles, alors que la place était de droit aux sciences médicales? Mais à quoi bon insister; la notion du devoir et le sentiment de la justice ne sont-ils pas à notre époque du domaine des abstractions?

Votre tout dévoué. D[r] L. C

ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE

École d'Alger

ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900.

Directeur : M. E. BRUCH.
Professeurs honoraires : MM. Ch. BOURLIER et A. TREILLE.

Cliniques.

Toute l'année à l'Hôpital civil.

Clinique médicale : M. COCHEZ (A.). Lundi, à 9 h. 1/2. Vendredi, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. BRUCH. Mercredi, samedi, à 9 heures. — *Clinique obstétricale* : M. MERZ. Mardi, à 9 h. 1/2. Samedi (conférence), à 10 heures. — *Clinique des maladies des enfants* : M. CURTILLET. Mardi, à 9 h. 1/2 ; jeudi, à 9 h. —*Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. GÉMY. Vendredi, à 10 heures. — *Clinique ophtalmologique (annexe)* : M. BRUCH. Lundi (exercices ophtalmoscopiques), à 9 heures; jeudi, à 10 heures.

Les Cours du semestre d'hiver commenceront le 3 *nov.* 1899 *et auront lieu dans l'ordre suivant* :

Pour le premier trimestre, le registre d'inscriptions sera ouvert du 26 octobre au 15 novembre.

Anatomie : M. TROLARD. Revision de l'ostéologie, de l'arthrologie et de la myologie. Splanchnologie. Angéiologie. Lundi, mardi et mercredi, à 2 h., à l'amphithéâtre d'anatomie. — *Anatomie pathologique* : M. PLANTEAU. Les tumeurs. — Affections du poumon et du rein. Mercredi, vendredi, à 4 h., au laboratoire d'histologie. — *Pathologie externe* : M. VINCENT. Pathologie chirurgicale générale. Affections chirurgicales des artères, des veines et des lymphatiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., au grand amphithéâtre. — *Maladies des pays chauds* : M. BRAULT. Parasitologie des pays chauds. — Les fièvres, les maladies dues aux agents physiques et chimiques de nature indéterminée, les intoxications alimentaires dans les pays chauds. La géographie médicale de l'Afrique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., au laboratoire du professeur. — *Histoire naturelle médicale* : M. TRABUT. Cryptogames. — Plantes médicinales et parasites. Mardi, jeudi, à 5 h.; samedi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Physique médicale* : M. GUILLEMIN. Physique appliquée à la pharmacie — Physique biologique. Lundi, à 4 h., mercredi, à 4 h., et samedi, à 5 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Pharmacie* : M. BATTANDIER. Fin du cours de pharmacie galénique ; médicaments chimiques tirés du règne minéral. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie. — *Chimie et toxicologie* : M. MALOSSE. Chimie minérale et toxicologie. Chimie organique, composés acycliques. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie.

Cours complémentaires. (Décret du 14 juillet 1875).

Anatomie : M. LABBÉ, chef des travaux anatomiques. Complément du cours du professeur. Vendredi, samedi, à 2 h. — *Physique* : M. GRIMAL, professeur suppléant. Electricité: Vendredi, à 3 h., à l'amphitéâtre de physique.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. LABBÉ, chef des travaux anatomiques. Dissection. Lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, à 11 h. — *Histologie pathologique* : M. PLANTEAU, professeur. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, de 1 h. à 3 h.— *Chimie et toxicologie* : M. N..., chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique* : M. N..., chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Vendredi, de 1 h. à 3 h. —*Histoire naturelle, herborisations* : M. SOULIÉ, professeur suppléant. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h.

Les Cours du semestre d'été commenceront le 1[er] *mars* 1900 *et auront lieu dans l'ordre suivant* :

Embryologie et histologie : M. PLANTEAU. Organogénie et histologie des appareils respiratoires, digestifs et génito-urinaires. Lundi et mercredi, à 4 h., au laboratoire d'histologie. — *Physiologie* : M. REY. Sang. — Circulation. — Système lymphatique. — Respiration. — Phonation. — Centre nerveux. — Grand sympathique. — Physiologie des muscles et des articulations. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Pathologie interne* : M. BLAISE. Pathologie interne. Maladies du foie et du tube digestif. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., au grand amphithéâtre. — *Hygiène et médecine légale* : M. MOREAU. Hygiène générale. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., au grand amphithéâtre. — *Thérapeutique* : M. BOURLIER. Thérapeutique générale. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Matière médicale* : M. HÉRAIL. Médicaments alcaloïdes. — Toxines et antitoxines. — Organes et extraits organiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie.

Cours complémentaires. (Décret du 14 juillet 1875).

Conférences de médecine légale : M. CRESPIN, professeur suppléant. Des expertises en général. — Infanticide. — Aliénation mentale. Lundi, vendredi, à 5 h., au grand amphithéâtre. — *Chimie* : M. GRIMAL, professeur suppléant. Chimie biologique. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie. — *Histoire naturelle médicale* : M. SOULIÉ, professeur suppléant. Bactériologie générale. — Technique et expérimentation. — Les bactéries pathogènes de l'homme et des animaux domestiques. Mardi, samedi, à 4 h., au laboratoire d'histoire naturelle. — *Pharmacie et matière médicale* : M. BEULAYGUE, professeur suppléant. Conférences de minéralogie. Mardi et samedi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie.

Travaux pratiques.

Physiologie. — M. REY, professeur ; M. JULIEN, préparateur. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Mercredi, de 2 à 3 h. — *Embryologie et histologie* : M. LABBÉ, professeur suppléant. Travaux pratiques en rapport avec avec les matières du cours. Jeudi, vendredi et samedi, de 1 h. à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. GOINARD, professeur suppléant. Conférences : Ligatures, amputations du membre supérieurs, résections. Mardi, samedi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2. — *Chimie et toxicologie* : M. N..., chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique* : M. N..., chef des travaux chimiques et physiques. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Vendredi, de 2 h. à 4 h. — *Histoire naturelle, herborisations* : M. SOULIÉ, professeur suppléant. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h. — *Matière médicale* : M. BEULAYGUE, professeur suppléant. Travaux pratiques en rapport avec les matières du cours théorique. Jeudi, samedi, de 1 h. à 3 h., au laboratoire d'histoire naturelle.

Au commencement de chaque semestre, une affiche apposée à l'Ecole rappellera aux élèves les cours et les travaux pratiques auxquels ils sont soumis.

Services hospitaliers.

Renseignements généraux. — L'hôpital possède 800 lits répartis en onze services, dont cinq sont affectés aux différentes cliniques. Voici quelques renseignements sur ce qui s'est passé dans ces services pendant l'année 1890-1891.

Clinique médicale. — Un pavillon de 40 lits plus des cabinets (pavillon Trousseau) est affecté au service des hommes; les femmes occupent la moitié du pavillon Bichat, 20 lits et des cabinets. Pendant l'année scolaire, 115 femmes et 152 hommes ont été traités dans ces salles, ce qui fait un total de 267 malades.

Clinique chirurgicale et d'oculistique. — Le pavillon Dupuytren, 40 lits avec cabinets, est affecté aux hommes ; les femmes occupent une salle de 20 lits et des cabinets dans le pavillon Bichat ; cette année, ce service a reçu 354 malades (234 hommes, 120 femmes). Il a été pratiqué 185 opérations importantes. — Le samedi opérations d'oculistique.

Clinique obstétricale. — Ce service occupe le pavillon Dubois, composé d'une salle de 26 lits pour les femmes grosses ; une autre de 16 lits avec berceaux pour les accouchées, cabinets d'isolement, salle d'accouchement, etc. Pendant l'année, il a été admis 145 femmes et pratiqué 127 accouchements, dont 95 normaux et 32 ayant nécessité une intervention.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.— Ce service comprend 162 lits de vénériens et 32 pour les maladies de la peau. Il a reçu, cette année, 592 malades ainsi répartis : 191 maladies cutanées ; 401 syphilitiques, dont 90 indigènes.

Clinique des maladies des enfants.— Ce service, installé dans le pavillon Guersant, comprend deux salles de 40 lits chacune, il y a été admis 457 malades (197 filles, 260 garçons). Les chefs des autres services, médecine et chirurgie, sont pour la plupart professeurs à l'Ecole. Les étudiants y trouvent aisément un enseignement pratique sur toutes les branches de la pathologie.Le service médical de cet établissement comprend, en outre, 14 internes en médecine, 7 internes en pharmacie et 10 externes, nommés au concours. Le traitement des internes est fixé comme il suit : internes de 1[re] classe, 1,200 fr.; — internes de 2[e] classe, 1,000 fr.; — provisoires, 800 fr. Les concours pour l'internat et l'externat ont lieu chaque année, au mois de novembre ; pour être admis à concourir pour l'internat, il faut justifier d'une année d'externat dans un hôpital ou de deux années de stage hospitalier.

Ecole de médecine.

Prix Poisson. — Ce prix, remis à la séance de rentrée des Ecoles, est institué pour les internes en médecine de 3[e] année ; il consiste en une médaille d'argent et une somme de 150 fr. ; le lauréat est, en outre, prorogé d'une année dans ses fonctions et nommé de 1[re] classe.

Anatomie. — Le nombre des sujets, pour les travaux pratiques d'anatomie, est de 100 environ pour le semestre d'hiver (dissections) et de 50 environ pour celui d'été (exercices pratiques de médecine opératoire). Les dissections ont lieu tous les jours, sous la direction du chef des travaux anatomiques, du prosecteur et de l'aide d'anatomie ; les élèves sont munis d'un carnet sur lequel sont inscrites les préparations faites par chacun d'eux pendant le courant du semestre. Les exercices de médecine opératoire ont lieu deux fois par semaine, pendant le semestre d'été, sous la direction du professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes.

Chimie, Toxicologie et Pharmacie. — Les travaux pratiques ont lieu du 15 novembre au 30 juin, sous la surveillance du chef des travaux et du préparateur. Les élèves, divisés par groupes de deux, manipulent trois fois par semaine, lundi, mardi, mercredi, de 1 heure à 4 heures ; il est tenu note des absences.

Physique. — Ces travaux pratiques auxquels sont astreints les élèves en médecine de 1[re] année et les élèves en pharmacie de 3[e] année ont lieu chaque jeudi de 2 à 4 heures, sous la direction du chef des travaux et du préparateur. Ils durent toute l'année.

Histoire naturelle. — Les élèves sont exercés à faire une série de préparations botaniques et zoologiques, qu'ils reproduisent ensuite par le dessin. Pour les études botaniques, ils font un emploi presque constant du microscope et acquièrent ainsi l'habitude du maniement de cet instrument. Ces travaux ont lieu sous la direction du professeur titulaire et du suppléant.

Matière médicale. — Les travaux ont lieu deux fois par semaine, sous la direction du professeur titulaire et du suppléant. Les élèves en pharmacie de 2[e] et de 3[e] année y sont seuls admis. Ils sont répartis par groupes de deux, disposant d'une table et d'un microscope, ayant à leur disposition les instruments du laboratoire : chambre claire, microtome, etc. Ils doivent se fournir de rasoirs, crayons, papiers à dessin, car toutes les préparations sont dessinées, et les élèves habitués au maniement de la chambre claire.

Bibliothèque universitaire. — Ouverte tous les jours.

Jardin botanique médical : Au camp d'Isly. — *Musée d'anatomie normale et pathologique* : Salle des collections anatomiques. — *Collection d'histologie normale et pathologique.* Au laboratoire. — *Droguier.* Salle des collections de matière médicale. — *Collection d'histoire naturelle* (Zoologie et Botanique). Au laboratoire d'histoire naturelle.

Ecole de Marseille.

(Palais du Pharo.)

Directeur : M. Livon. — *Directeur honoraire* : M. Chapplain.
Professeurs honoraires :
M. Girard. — M. Sirus-Pirondi. — M. Magail.
M. Chapplain.

Cours annuels.

Cliniques médicales : MM. Villard et Laget, professeurs. Tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 9 heures du matin. — *Cliniques chirurgicales* : MM. Combalat et Villeneuve, professeurs. Tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 9 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. Queirel, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures du matin (hôpital de la Conception); M. Delanglade, professeur suppléant. Mardi et jeudi, à 4 heures du soir. — *Clinique des maladies des enfants* : M. d'Astros, chargé de cours. Mardi et samedi, à 10 heures du matin (hôpital de la Conception). — *Clinique de dermatologie*. — M. Perrin, chargé de cours. Mardi et vendredi, à 11 heures du matin (cours Belsunce, 41). — *Clinique d'ophtalmologie*, M. Guende, chargé de cours. Mercredi et samedi, à 11 heures du matin (rue Dieudé, 11 a.) *Maladies des organes génito-urinaires*, M. Escat, chargé de cours. Lundi et jeudi, 11 h. du matin (A. Pavillon 8).

MM. les chefs de clinique feront des conférences, dans le but d'exercer les élèves au diagnostic.

Semestre d'hiver.

Physique : M. Caillol de Poncy, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Histologie* : M. Jourdan, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 2 heures du soir. — *Chimie* : M. Rietsch, professeur. Lundi et mercredi à 4 h. 1/4 du soir. Mardi 3 h. du soir. — *Médecine légale* : M. Fallot, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Pathologie médicale* : M. Boinet, professeur. Mardi et samedi à 4 h. 1/2 du soir ; jeudi, conférence pratique à l'Hôtel-Dieu, à 10 h. du matin. — *Pharmacie et toxicologie* : M. Domergue, professeur. Jeudi et samedi, à 3 h. du soir ; vendredi, à 4 h. du soir. — *Anatomie* : M. Magon, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 5 h. 1/2 du soir; M. Alezais, professeur suppléant. Lundi, mercredi, à 5 h. 1/2 du soir. Vendredi, 4 h. du soir. — *Histoire naturelle (zoologie)* : M. Gourret, chargé de cours. Jeudi et samedi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Minéralogie et hydrologie* : M. Gourret, chargé de cours. Jeudi et samedi, à 4 h. 1/4 du soir. — *Hygiène* : M. Arnaud (J.), professeur suppléant. Jeudi et samedi à 3 h. 1/4 du soir. — *Bactériologie* : M. Rietsch, chargé de cours. Lundi et mercredi à 2 h. 1/2.

Semestre d'été.

Histoire naturelle (botanique) : M. Bouisson, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2 du soir. — *Physique médicale* : M. Caillol de Poncy, professeur. Samedi à 3 heures du soir. — *Matière médicale* : M. Heckel, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures du soir. — *Physiologie* : M. Livon, professeur. Mardi, jeudi, samedi à 4 h. 1/2 du soir. — *Anatomie pathologique* : M. Nepveu, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. du soir, — *Thérapeutique* : M. F. Arnaud, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Pathologie externe* : M. Cousin, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures du soir. — *Chimie organique* : M. Berg, professeur suppléant. Mardi, samedi, à 5 heures du soir. — *Chimie biologique* : M. Berg, chargé de cours. Vendredi, à 4 heures du soir. — *Médecine opératoire* : M. Roux, professeur suppléant. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures du soir. — *Pharmacie galénique* : M. Gerber, professeur suppléant. Lundi, mercredi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Pathologie générale* : M. Oddo, professeur suppléant. Mardi, jeudi, à 4 h. 1/4 du soir.

Cours complémentaires.

Clinique des maladies mentales, à l'Asile Saint-Pierre, où sont admis, sur la présentation de leur carte, MM. les étudiants de 3e et 4e années.

Les pavillons d'anatomie sont ouverts pendant tout le semestre d'hiver. Les dissections sont obligatoires pour les étudiants en médecine de 1re et 2e années. Elles ont lieu à partir de 2 heures du soir, sous la direction de MM. le chef des travaux anatomiques, le prosecteur et les aides d'anatomie.

Des conférences d'anatomie seront faites par M. le chef des travaux anatomiques. Lundi à 4 heures du soir, vendredi à 5 h. 1/2.

Les travaux pratiques d'histologie, d'anatomie pathologique, de chimie et de pharmacie auront lieu aux heures habituelles, sous la direction de MM. Thoury, Stéphan et Pinatel, chefs des travaux, Hagenmuller, préparateur.

Relevé du nombre des étudiants immatriculés pendant l'année 1898-1899.

Médecine	169
Sages-femmes	51
Pharmacie	139
Total égal	359

Doctorat	1re année	37
	2e —	51
	3e —	23
	4e —	35
Officiat	2e année	2
	3e —	7
	4e —	14
Pharmaciens de 1re classe	1re année	14
	2e —	10
	3e —	17
Pharmaciens de 2e classe	1re année	31
	2e —	30
	3e —	37
Sages-femmes		51
Total égal		359

Pendant l'année scolaire 1898-1899, les différents services de l'anatomie et de la médecine opératoire ont pu disposer de 181 cadavres. C'est relativement peu pour notre Ecole en présence de la population de nos hôpitaux. Nos services seraient beaucoup plus amplement servis s'il ne fallait pas lutter sans cesse contre le mauvais vouloir et contre des préjugés surannés et stupides.

La Bibliothèque s'enrichit d'année en année, nos collections se complètent et bientôt la place manquera pour disposer les livres. La salle de lecture est souvent trop exiguë.

Avec les ressources hospitalières de Marseille nous devrions avoir des musées très riches en anatomie normale et pathologique. Malheureusement ces musées ne sont encore qu'à l'état embryonnaire par suite du défaut de fonds pour faire une installation convenable. Cependant, il faut croire que peu à peu nous arriverons à avoir des musées dignes de notre Ecole. Trois de nos suppléants ont bien voulu accepter les fonctions de conservateurs ; leur science, leur zèle, leur bon vouloir permettent d'espérer que nous aurons dans quelque temps de vrais musées dans lesquels nos nombreux élèves trouveront rassemblées des pièces utiles et intéressantes.

X.

École de Nantes.

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de Médecine et les Ecoles supérieures de Pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. Les aspirants au titre de docteur en médecine (ancien régime) peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. Les aspirants au titre de docteur en médecine (nouveau régime) peuvent y subir les trois premiers examens probatoires du Doctorat. La circonscription de l'Ecole comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure. L'enseignement institué par le décret du 31 juillet 1893, pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, est organisé à l'Ecole depuis le mois de novembre 1894. Les examens probatoires ont lieu à Nantes, aux sessions de juillet et de novembre, sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences délégué par le Ministre.

Année scolaire 1899-1900.

Directeur : M. A. Malherbe ; *Secrétaire* : M. Aubineau.
Professeur honoraire : M. Malherbe père.

Semestre d'hiver. *Du 3 novembre au 1er avril.*

Anatomie : lundi, mardi, jeudi, samedi, à midi 1/4, M. Jouon, prof. E. Bureau, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à midi 1/4. — *Chimie biologique* : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2, M. Andouard, professeur. — *Chimie minérale* : Lundi et vendredi, à 3 h. 1/2 et samedi matin, à 10 h. 1/2, M. Petiteau, prof. suppl. — *Histoire naturelle* : Mardi, jeudi et samedi, à 1 heure, M. Bureau, profess. — *Accouchements* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., M. Guillemet, professeur. — *Pathologie générale* : Mardi, vendredi, à 5 heures, M. Monnier, prof. suppl. — *Matière*

médicale : Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures 1/2. M. Ménier, prof. — *Physique* : Mardi, jeudi,samedi, à 4 heures 1/2, M.Lefèvre, prof. suppl. — *Pathologie chirurgicale, petite chirurgie et pansements* : Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. M. Montfort, professeur. — *Thérapeutique* : Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, M. Pérochaud, prof. — *Conférences d'Ophtalmologie* : Mercredi, jeudi, à 10 h. 1/2 matin, M. Sourdille, prof. suppl. — *Organographie* : Mercredi et vendredi, à 10 h. matin, M. Citerne, prof. suppl. — *Anatomie et Physiologie humaines* : Jeudi, à 10 h. 1/2 matin, M. Bonnel, prof. suppl. — *Clinique chirurgicale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, M. Poisson, professeur. — *Clinique médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, M. Hervouet, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : Tous les jours, mercredi excepté, à 1 heure, M. Dianoux, profes. — *Travaux pratiques de dissections* : Tous les jours, à 2 heures, M. A. Monnier, chef des travaux. — *Travaux pratiques de chimie* : Mardi, samedi, à 8 heures, M. J. Allaire, chef des travaux. — *Travaux pratiques de physique* : Mardi, mercredi, vendredi, samedi, à 8 heures, M. G. Allaire, chef des travaux. — *Travaux pratiques d'histoire naturelle* : Lundi, mercredi, à 1 heure, M. Bonnel, chef des travaux. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* : Mardi, vendredi, à 3 heures, M. Maurice Bureau, prof. suppléant. — *Travaux pratiques d'analyses chimiques* : Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, M. Viaud, prof. suppléant. — *Travaux pratiques de micrographie* : Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures, M. Bonnel, chef des travaux.

Semestre d'été. *Du 1er avril au 31 juillet.*

Chimie clinique et organique: Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. M. Andouard, professeur. —*Hygiène et médecine légale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, M. Ollive, professeur. — *Physiologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures, M. Rouxeau, professeur. — *Histologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures 1/2, M. A. Malherbe, profes. — *Histoire naturelle, pharmacie* : Jeudi, samedi, à 1 h. 1/4, M. Citerne, prof. suppl. — *Histoire naturelle, P. C. N.* : Lundi, mercredi, à 9 heures et vendredi, à 10 h. 1/2, M. Bonnel, prof. suppl. — *Pathologie médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures, M. Viaud-Grand-Marais, professeur. — *Pharmacie et Toxicologie* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 1/2, M. Fleury, professeur. — *Bactériologie* : Mardi, samedi, à 3 h. 1/2, M. Rappin, prof. — *Parasitologie* : Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, M. Bureau, Louis, prof. — *Physique biologique* : Mardi, samedi, à 4 h. 1/2, M. Leduc, professeur. — *Clinique chirurgicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, M. Heurtaux, professeur. — *Clinique médicale*. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, M. Chartier, profes. — *Clinique obstétricale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, M. Guillemet, professeur. — *Clinique ophtalmologique*. Tous les jours, mercredi excepté, à 1 heure, M. Dianoux, professeur. — *Minéralogie et Hydrologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2, M. Viaud, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de chimie organique et clinique* : Mardi, vendredi, à 8 heures, M. J. Allaire, chef des travaux. — *Travaux pratiques de physique* : Mardi, samedi, à 7 h. 1/2, M. G. Allaire, chef des travaux. — *Travaux pratiques d'histoire naturelle* : Lundi, jeudi, à 1 heure, M. Bonnel, chef des travaux. — *Travaux pratiques de bactériologie* : Mardi, samedi, à 4 h. 1/2, M. Rappin. — *Travaux pratiques d'histologie* : Mercredi, à 4 heures et vendredi, à 1 heure, M. A. Monnier, chef des travaux. — *Travaux pratiques de physiologie* : Jeudi, à 4 heures, et samedi, à 3 h. 1/2, M. A. Monnier, chef des travaux. — *Travaux pratiques de médecine opératoire* : Lundi, mardi, jeudi, vendredi, à 4 heures, M. Vignard, prof. suppl. — *Travaux pratiques d'herborisation* : Tous les dimanches, M. Citerne, prof. suppl. — *Travaux pratiques de micrographie* : Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures, M. Bonnel, profes. suppl.

Cours et travaux pratiques obligatoires.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année. Hiver : Anatomie, petite chirurgie, pansements. Travaux pratiques, dissections, stage hospitalier. — Été : Histologie, physiologie, cliniques médicale et chirurgicale. Physique médicale. Travaux pratiques d'histologie, physiologie, stage hospitalier. — *Deuxième année*. Hiver : Anatomie, pathologie chirurgicale, cliniques médicale et chirurgicale. Chimie biologique. Travaux pratiques de dissection, stage hospitalier. — Été : Histologie, physiologie, cliniques médicale et chirurgicale. Physique médicale. Travaux pratiques d'histologie, physiologie, stage hospitalier. — *Troisième année*. Hiver : Anatomie (ancien régime), pathologie chirurgicale, thérapeutique, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques de dissections (ancien régime), stage hospitalier. — Été : Bactériologie, histologie, parasitologie, physiologie, pathologie médicale, anatomie et histologie pathologiques, médecine opératoire, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. Travaux pratiques de médecine opératoire, stage hospitalier. — *Quatrième année*. Hiver : Pathologie chirurgicale, thérapeutique, accouchements, cliniques médicale, chirurgicale et spéciales. Travaux pratiques d'anatomie pathologique, stage hospitalier. — Été : Bactériologie, pathologie médicale, médecine opératoire, hygiène et médecine légale, cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale et spéciales. Travaux pratiques, stage hospitalier, chimie clinique.

ÉTUDIANTS EN PHARMACIE.

Première année. Hiver : Chimie minérale, physique, organographie végétale, anatomie humaine. Travaux pratiques de chimie minérale, micrographie végétale. — Été : Chimie organique, botanique, minéralogie, hydrologie. Travaux pratiques de micrographie végétale, physique, herborisations. — *Deuxième année*. Hiver : Chimie organique, matière médicale, zoologie, botanique. Travaux pratiques de chimie analytique, micrographie végétale. — Été : Chimie organique, pharmacie galénique, toxicologie, histoire naturelle. Travaux pratiques de micrographie végétale, chimie organique, herborisations. — *Troisième année*. Hiver : Chimie générale et chimie biologique, matière médicale, physique, histoire naturelle. Travaux pratiques de chimie analytique, toxicologie et micrographie végétale. — Été : Pharmacie galénique, toxicologie, histoire naturelle, minéralogie, hydrologie. Travaux pratiques de physique, micrographie végétale, herborisations.

Pendant le semestre d'été, les cours théorique de physique et de chimie pour les élèves du P. C. N. auront lieu à l'école des sciences, 12, rue Voltaire.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 11 heures du matin, de 1 h. à 6 heures du soir.

Le *Musée anatomique* et celui des collections de matières médicales sont ouverts tous les jours, de midi à 4 heures.

Prix fondés par le Dr Emile Cossé. — Prix Marcé. 600 fr., et une médaille d'argent à l'auteur du meilleur mémoire de clinique. — Prix Malherbe. 500 fr. et une médaille d'argent, au 1er du concours de l'internat des Hôpitaux de Nantes. — Prix Guépin. 400 fr., et une médaille d'argent à l'auteur du meilleur mémoire d'ophtalmologie. — Prix de la ville de Nantes, 200 et 100 fr., 1er et 2e prix (après concours), aux élèves sages-femmes de la Maternité de Nantes.

Prix fondé par Mme Allory. — Prix Allory-Gillois quinquennal, à partir de 1901. — 500 fr. et une médaille d'or au meilleur travail sur la Phtisie pulmonaire.

N. B. — Nul ne peut suivre les cours s'il n'est régulièrement inscrit sur les registres de l'Ecole.

Les inscriptions ne seront acquises qu'aux étudiants dont l'assiduité aura été constatée à tous les cours, conférences et travaux pratiques. (Règlement intérieur de l'Ecole, établi conformément à l'article 16 du décret du 30 juillet 1883).

Tous les étudiants en médecine sont astreints à faire, pendant trois ans, un stage régulier dans l'un des hôpitaux de la ville.

Les examens de fin d'année des Étudiants en pharmacie porteront sur les matières enseignées dans les Cours et travaux pratiques de l'année ou du semestre d'études qui précède l'examen.

Nantes, le 25 octobre 1899.

Mon cher Directeur,

La situation de l'École de Médecine de Nantes n'a présenté depuis l'année dernière aucun changement important. Le chiffre d'inscriptions s'est élevé à 888 au lieu de 890, variation insignifiante, comme on le voit.

L'enseignement aux élèves de l'année préparatoire, dite du P. C. N, a été divisé entre l'École des Sciences, pour la partie dogmatique, et l'École de Médecine pour les travaux pratiques. Jusqu'à présent les résultats de cette petite innovation paraissent satisfaisants.

Les nouveaux laboratoires se sont outillés peu à peu, quoiqu'ils laissent encore beaucoup à désirer comme matériel, les travaux pratiques peuvent s'y faire d'une manière satisfaisante.

La question des pharmaciens de première classe est toujours en suspens. Il serait bien à désirer que les Écoles de plein exercice obtinssent le privilège de faire passer aux pharmaciens de première classe leurs deux premiers examens probatoires. Lorsque les pharmaciens de seconde classe auront disparu, si les Écoles secondaires n'obtiennent pas quelque privilège nouveau en ce qui concerne l'enseignement de la pharmacie, ce sera pour ces établissements un coup très sensible.

Comme nous le disions l'année dernière à cette place, il est surprenant que des Écoles que l'on juge aptes à conférer le certificat d'aptitude pour les trois premiers examens de doctorat en médecine ne soient pas munies de pouvoirs analogues en ce qui concerne la pharmacie.

Les mutations dans le personnel enseignant se bornent au remplacement de M. Boutron, suppléant de pharmacie et matières médicales, par M. Viaud, nommé après un brillant concours. Il en a été de même pour M. GUILBAUD, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui a été nommé chef de clinique chirurgicale en remplacement de M. Rivet, arrivé au terme de ses fonctions.

MM. Bahuaud et Lesimple, prosecteur et aide d'anatomie, ont été remplacés par MM. Giraudeau et Ménager ; M. Chesneau, aide de clinique ophtalmologique, par M. Frogier ; M. Villard, préparateur d'histologie, par M. Blouet ; M. Sabot, préparateur de bactériologie, par M. Fortineau ; M. Aubineau, préparateur de chimie, par M. Leroy ; enfin M. Luce, préparateur d'histoire naturelle, a été remplacé par M. Porteau.

Veuillez agréer, etc. X...

Ecole de Rennes.

Directeur : M. PERRIN DE LA TOUCHE.
Directeur honoraire : M. DELACOUR.
Professeurs honoraires : MM. AUBRÉE, DAYOT père, DELACOUR LOUVEAU, PETIT et REGNAULT.

Premier Semestre (Du 2 novembre au 15 mars).

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année.

Les aspirants au titre de docteur en médecine (Ancien Régime) peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat.

Les aspirants au titre de docteur en médecine (Nouveau Régime) peuvent y subir les trois premiers examens probatoires du doctorat.

ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900.

Toute l'année.

Cliniques.

Cliniques médicales : MM. BERTHEUX et FOLLET, professeurs. — *Cliniques chirurgicales :* MM. DAYOT fils, LE MONIET, professeurs.— *Clinique obstétricale :* M. PERRET, professeur. — *Clinique ophtalmologique :* M. BRUTÉ, professeur. — *Clinique électrothérapique :* M. CASTEX, professeur. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques :* M. BODIN, professeur suppléant.

Cours.

Anatomie : M. LHUISSIER, professeur ; M. LAUTIER, professeur suppléant ; M. LE DAMANY, chef des travaux. — *Accouchements :* M. LE MONIET, professeur. — *Anatomie pathologique et bactériologie :* M. BODIN, professeur suppléant.. — *Médecine légale :* M. PERRIN DE LA TOUCHE, professeur. — *Physique :* M. CASTEX, professeur. — *Chimie :* M. BELLAMY, professeur. — *Histoire naturelle :* M. TOPSENT, professeur. M. CRIÉ, professeur suppléant. — *Pharmacie :* M. FAINT, professeur suppléant. — *Matière médicale :* M. FLEURY, professeur.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. LE DAMANY, chef des travaux. — *Anatomie pathologique et bactériologie :* M. BODIN, professeur suppléant. — *Physique :* M. CASTEX, professeur. — *Chimie :* M. BELLAMY, professeur. — *Histoire naturelle :* M. TOPSENT, professeur.

Deuxième Semestre (du 16 mars au 31 juillet).

Cours.

Histologie : M. PERRIN DE LA TOUCHE, professeur. — *Physiologie :* M. LEFEUVRE, professeur. — *Hygiène :* M. N... — *Thérapeutique :* M. BLIN, professeur. — *Pharmacie :* M. LENORMAND, professeur. — *Physique :* M. LAURENT, professeur suppléant. — *Chimie :* M. BELLAMY, professeur. — *Histoire naturelle :* M. CRIÉ, professeur suppléant.

Travaux pratiques.

Physiologie : M. LAUTIER, professeur suppléant. — *Histologie :* M. LE DAMANY, chef des travaux. — *Médecine opératoire :* M. N... — *Physique :* M. CASTEX. — *Chimie :* M. BELLAMY, professeur. — *Histoire naturelle :* M. TOPSENT, professeur.

Des Conférences spéciales préparatoires à l'Ecole du service de santé militaire de Physiologie, Philosophie et Allemand, sont instituées chaque année à partir du mois de janvier.

Aucun élève n'est admis à suivre les cours s'il n'est inscrit sur les registres de l'École. Les inscriptions doivent être prises dans les quinze premiers jours de chaque trimestre ; elles ne seront définitivement acquises qu'aux seuls étudiants dont l'assiduité aura été constatée aux cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.

Le Musée d'anatomie normale et pathologie et les collections d'histoire naturelle et de matière médicale sont ouverts tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 1 heure à 4 heures.

La Bibliothèque de l'école (à la Bibliothèque municipale) est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 5 heures et de 7 heures à 10 heures du soir.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Ecole d'Amiens.

Directeur de l'Ecole : M. PEUGNIEZ.
Secrétaire de l'Ecole : M. CH. DE SAINT-ACHEUL.

Médecine.

Clinique médicale : M. BAX. — *Clinique chirurgicale* M. PEUGNIEZ. — *Pathologie interne :* M. DÉCAMPS. — *Pathologie externe et Médecine opératoire :* M. MOULONGUET. — *Clinique obstétricale et gynécologie :* M. FOURNIER. — *Clinique ophtalmologique* M. FAGE.—*Anatomie :* M. DHOURDIN. — *Anatomie topographique :* M. LABARRIÈRE. — *Physiologie :* M. MOYNIER DE VILLEPOIX. — *Histologie :* M. D'HARDIVILLER. — *Pathologie, clinique chirurgicale et clinique obstétricale :* M. BOUSSAVIT. — *Physique :* M. DUBOIS. — *Anatomie et physiologie :* M. LABARRIÈRE. — *Histologie et physiologie :* M. D'HARDIVILLER.

Pharmacie.

Physique et chimie : M. PANCIER. — *Chimie et toxicologie :* M. BOR. — *Chimie analytique* (application à la pharmacie) : M. PANCIER. — *Botanique :* M. BERNARD. — *Histoire naturelle* (invertébrés) : M. DEWÈVRE. — *Pharmacie :* M. DEBIONNE. — *Matière médicale :* M. PAJOT.

Travaux pratiques.

Chimie : M. MALPART.— *Micrographie :* M. MOYNIER DE VILLEPOIX.

Enseignement du P. C. N.

Physique : M. DUBOIS. — *Chimie :* M. PANCIER. — *Botanique :* M. MOYNIER DE VILLEPOIX. — *Zoologie :* M. DUROSELLE.

Travaux pratiques.

Physique : M. LEFÈVRE. — *Chimie :* M. MALPART. — *Botanique :* M. MOYNIER DE VILLEPOIX. — *Zoologie :* M. DUROSELLE.

Sages-femmes.

Anatomie : M. DEBARY, Mme PAUCHET. — *Physiologie :* M. DEBARY, Mme PAUCHET. — *Pathologie élémentaire :* M. Jean BERNARD. — *Accouchement :* M. FOURNIER, Mme PAUCHET.

Tous les cours commenceront le 9 novembre. — Le livret de l'Etudiant à l'école d'Amiens et l'affiche des jours et heures de cours sont adressés gratuitement à toute personne qui en fera la demande au secrétaire de l'Ecole. Les inscriptions du premier trimestre doivent être prises du 3 au 15 novembre. Les nouveaux élèves (enseignement préparatoire et première année de pharmacie) sont invités à se présenter chez M. le Dr Fournier, rue Jules-Lardière, à partir du 9 novembre, à 2 heures, pour se faire revacciner. Il leur sera remis un certificat qu'ils produiront au secrétaire de l'Ecole en prenant leur première inscription. — Pour les inscriptions et les examens, s'adresser au secrétaire de l'Ecole, 49, rue de la République.

Ecole d'Angers (*réorganisée*).

Directeur : M. LEGLUDIC.

Histologie : M. BAHUAUD, professeur. — *Clinique interne :* M. JAGOT, professeur. — *Pathologie interne :* M. THIBAULT, professeur. — *Clinique obstétricale :* M. BOQUEL, professeur. — *Physiologie :* M. LEGLUDIC, professeur. — *Histoire naturelle :* M. THÉZÉE, professeur. — *Anatomie :* M. MAREAU, professeur. — *Pathologie externe :* M. BRIN, suppléant, chargé du cours. — *Pharmacie et Matière médicale :* M. RAIMBAULT, professeur. — *Chimie organique et Toxicologie :* M. TESSON, professeur. — *Physique :* M. SARAZIN, suppléant, chargé du cours.

Clinique externe : M. MONPROFIT, professeur. — *Professeurs suppléants :* M. N..., suppléant, chaire de médecine, chargé du cours d'hygiène. — M. BRIN, suppléant, chaire de chirurgie, chargé du cours de médecine opératoire. — M. SARAZIN, suppléant de physique et chimie. — M. LABESSE, suppléant de pharmacie et matière médicale. — M. TABUTEAU, suppléant d'histoire naturelle. — M. CHARIER, suppléant d'anatomie. — M. MARTIN, délégué dans

les fonctions de chef des travaux anatomiques. — M. Lemesle, chef des travaux physiques et chimiques. — M. Royer, chef des travaux de physiologie. — M. Papin, chef des travaux d'histologie. — M. Thézée, délégué dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle. — M. Martin, chargé des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

Enseignement pratique. — L'hôpital a 400 lits ; tous les services y sont confiés à des professeurs de l'Ecole, en sorte qu'il est entièrement ouvert aux élèves. *Clinique médicale*: hommes, 40 lits; femmes 30; plus des tentes et pavillons de contagieux. — *Clinique chirurgicale*: hommes, 50 lits; femmes, 25; plus des tentes et un service de vénériens. — *Clinique obstétricale* : Maternité, 25 lits; — Gynécologie, 12 lits. — L'hôpital a huit internes titulaires et quatre internes provisoires nommés au concours. Ils sont logés, nourris, etc.

Anatomie. — Un chef des travaux, un prosecteur et deux aides d'anatomie nommés au concours. Pavillon spécial avec laboratoire du professeur, du chef des travaux, des préparateurs, des internes. Amphithéâtre des élèves; tables pour sept séries.

Physiologie. — Un aide de physiologie. — Laboratoire spécial du professeur. Vaste laboratoire pour les élèves.

Bactériologie. — Un directeur, un chef de laboratoire, un préparateur. — Laboratoire spécial du professeur. Laboratoire pour les élèves.

Histologie. — Un préparateur.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur en chef, trois aides-préparateurs, tous nommés au concours. Laboratoire spécial du professeur et des préparateurs. Vaste laboratoire pour les élèves, avec fourneaux fixes, fourneaux à gaz, forge, étuves, plate-forme et étagère pour réactifs, etc.

Physique : Cabinet de physique. — Cabinet de radiographie, de radioscopie. — Laboratoire pour les élèves. — Laboratoire spécial du professeur.

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes), bactériologie. — Bibliothèque ouverte aux élèves; 5.000 volumes de médecine. — Salle de lecture ouverte de 1 h. à 5 h. tous les jours. — Nombreuses publications scientifiques périodiques. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. L'Ecole est, en outre, autorisée à donner l'enseignement préparatoire au *certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.* Nombreuses collections. — Jardins botaniques.

Ecole (*réorganisée*) de Besançon.

Année scolaire 1899-1900. — Semestre d'hiver. — (3 novembre.)

Directeur : M. Chapoy. — *Directeurs honoraires* : MM. Druhen et Saillard.

Secrétaire : M. Suffren. — *Professeurs honoraires*: MM. Coutenot, Bruchon et Druhen.

Professeurs titulaires.

Clinique médicale : M. Gauderon, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. Chapoy, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Heitz, professeur. — *Anatomie descriptive* : M. Mandereau, professeur. — *Anatomie descriptive* (leçons complémentaires) : M. Faney, chef des travaux pratiques. — *Travaux pratiques d'anatomie* : M. Faney, chef des travaux anatomiques. — *Anatomie chirurgicale ou topographique*: M. Baigne, professeur suppléant. — *Travaux pratiques d'anatomie chirurgicale ou topographique* : M. Baigue, professeur suppléant. — *Pathologie interne* : M. Roland, professeur. — *Chimie médicale et biologique, toxicologie* : M. Boisson, professeur. — *Travaux pratiques de chimie* : M. Morin, chef des travaux chimiques. — *Pharmacie* : M. N., professeur suppléant. — *Physique médicale et biologique* : M. Colléatte, chargé du cours. — *Chimie biologique* : M. Morin, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de micrographie appliquée*: M. Thouvenin, professeur.

Semestre d'été. — (15 mars.)

Clinique médicale : M. Gauderon, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. Chapoy, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Heitz, professeur. — *Pathologie externe* : M. Saillard, suppléé par M. Baigue. — *Histologie normale et embryologie :* M. Prieur, professeur. — *Matière médicale* : M. Thouvenin, professeur. — *Travaux pratiques de pharmacie* : M. N..., professeur suppléant. — *Physiologie*: M. Bolot, professeur. — *Travaux pratiques de physiologie* : M Bolot, professeur. — *Botanique médicale*: M. Magnin, professeur. — *Travaux pratiques de botanique* : M. Magnin, professeur. — *Physique médicale*: M. Colléate, chargé du cours. — *Travaux pratiques de physique* : M. Colléatte, chargé du cours. — *Anatomie et histologie pathologiques, séméiologie médicale*: M. Bruchon, professeur suppléant. — *Travaux pratiques d'histologie pathologique et de bactériologie* : M. Bruchon, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de médecine opératoire* : M. Baigne, professeur suppléant. — *Chimie organique* : M. Morin, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de chimie* : M. Morin, professeur suppléant. — *Zoologie médicale* : M. Marceau, professeur suppléant.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs titulaires ; 5 professeurs suppléants chargés de cours ; 2 chefs de travaux ; 5 préparateurs et 2 aides ; 3 chefs de clinique ; 5 internes des hôpitaux et 7 externes nommés au concours. Les internes touchent chacun 400 fr. la première année, 600 francs la seconde.

Les emplois ci-après seront confiés à des étudiants : un prosecteur au traitement annuel de 250 fr. ; un aide d'anatomie au traitement annuel de 150 fr. ; quatre préparateurs au traitement annuel de 250 fr. chacun.

Besançon possède deux hôpitaux: 1° le grand hôpital ou *hôpital Saint-Jacques* renfermant plus de 500 lits. Il est civil et militaire, contigu à l'École. Les cliniques médicale et chirurgicale y sont installées et disposent de 200 lits. Un service d'enfants a été créé. Les élèves font le service de toutes les salles civiles. Il y a un laboratoire de clinique très complet ; l'hôpital Saint-Jacques dispose de quatre places d'internes rétribués et de six plac s d'externes. — 2° l'hospice de Bellevaux, renfermant 250 lits environ, contient : la Maternité où se fait la clinique d'accouchements qui dispose de 30 lits ; les malades vénériens, cutanés, aliénés en observation et incurables. Cet hospice est départemental. Tous ces lits sont à peu près constamment occupés et l'Ecole a des ressources hospitalières exceptionnelles. Les cadavres sont en nombre largement suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. La bibliothèque contenant plus de 6.000 volumes, est à la disposition des élèves, qui peuvent emporter les livres. — Le *Jardin botanique* est dépendant de l'École. — L'Ecole est réorganisée conformément au décret du 1er août 1883. — Le Conseil général du Doubs a créé six bourses de 600 francs chacune, en faveur des étudiants en médecine (Doctorat et Officiat) qui prendront l'engagement d'exercer dans le département pendant 10 ans. — S'adresser pour renseignements au directeur.

Ecole de Caen.

Directeur : M. Auvray. — *Secrétaire :* M. Gallou.
Professeur honoraire : M. Lepetit.

Les cours ont recommencé le 3 novembre.

Professeurs. — *Anatomie*: M. Gidon. — *Physique*: M. Demerliac. — *Histologie* : M. Gatois. — *Pathologie interne* : M. Moutier. — *Clinique médicale* : M. Auvray. — *Clinique obstétricale*: M. Guillet. — *Clinique chirurgicale*: M. Barette. — *Chimie et toxicologie* : M. Louise. — *Physiologie*: M. Fayel. — *Matière médicale*: M. Charbonnier. — *Botanique*: M. Chevrel. — *Pathologie externe et Médecine opératoire* ; M. Noury.

Professeurs suppléants.

Cours complémentaires: *Anatomie descriptive*: M. Vigot, suppléant. — *Chimie*: M. Besson, suppléant. — *Anatomie pathologique :* M. Gosselin, suppléant. — *Pharmacie* : M. Frémont, suppléant. — *Zoologie*: M. Léger, suppléant. — *Accouchements*: M. Osmont, suppléant.

Cours annexes : *Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes* : M. Noury, chargé de cours.

Travaux pratiques.

Dissection et histologie normale: M. Gidon, père, chef des travaux anatomiques. — *Chimie biologique*: M. Chrétien, chef des travaux. — *Physiologie et bactériologie* : M. Vigot, chef des travaux. — *Micrographie* : M. Gidon, fils, chef des travaux. — *Médecine opératoire* : M. N..., chef des travaux.

Emplois de l'Ecole accessibles aux Etudiants (après concours). — Prosecteur d'anatomie. Aide d'anatomie. Préparateurs de physique, chimie et histoire naturelle.

Concours annuels. — Prix pour les différentes années d'études : médecine, pharmacie, sages-femmes. Prix pour les travaux pratiques de chimie. Prix Le Sauvage (médaille d'or et livres). Prix Dan de La Vauterie.

Prix à décerner en 1900. — Prix Le Sauvage, 2.000 francs. Recherche et étude des vers-parasites susceptibles d'être introduits par l'alimentation dans le corps humain. Etude histologique des altérations qu'ils peuvent déterminer dans l'organisme. Moyens de défense de l'organisme contre leur introduction et leurs ravages. Indications thérapeutiques et hygiéniques. — *N.-B.* Les mémoires, *écrits en français,* devront être envoyés *franco* au secrétaire de l'Académie, le 31 décembre 1899, au plus tard. Chaque manuscrit devra porter une devise, laquelle sera répétée sur un pli *cacheté* contenant le nom de l'auteur. Les membres titulaires de l'Académie ne peuvent prendre part à ce concours. Ce prix concerne l'Académie et non l'École de médecine.

Ecole réorganisée de Clermont-Ferrand.

Année scolaire 1898-1898, commençant le 5 novembre.

Directeur : M. le Dr D.-H. Bousquet. — *Secrétaire* : M. Laborde. *Professeurs honoraires* : MM. les Drs Fredet et Dourif.

Semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale : M. Bousquet, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 7 h. du matin. — *Clinique médicale* : M. Du Cazal, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures du matin. — *Anatomie* : M. Tixier, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures du soir. — *Chimie* : M. Huguet, prof., lundi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Pharmacie* : M. Rocher, professeur, mercredi, jeudi et samedi, à 11 heures du matin. — *Pathologie interne* : M. Fouriaux, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Accouchements* : M. Planchard, lundi et vendredi, à 5 heures du soir. — *Histologie* : M. Lepetit, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 11 heures du matin. — *Physique médicale* : M. Truchot, professeur, mardi et jeudi, à 9 heures et demie du matin.

Cours complémentaires.

Anatomie : M. Cavalié, professeur suppléant, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures du soir. — *Petite chirurgie* : M. Bide, professeur suppléant, jeudi, à 5 heures du soir. — *Histoire naturelle médicale* (Zoologie) : M. Bruyant, professeur suppléant, jeudi et samedi, à 8 heures du matin.

Semestre d'été.

Clinique médicale : M. Du Cazal, lundi et jeudi, à 8 heures du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Bousquet, mardi et vendredi, à 7 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. Planchard, mercredi et samedi, à 7 heures du matin. — *Physiologie* : M. Billard, chargé de cours, lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures du soir. — *Pathologie externe* : M. Gagnon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Histoire naturelle médicale* (Botanique) : M. Girod, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 11 heures du matin. — *Chimie biologique* : M. Huguet, mardi, à 11 heures du matin. — *Physique biologique* : M. Truchot, samedi, à 11 heures du matin.

Cours complémentaires.

Histoire naturelle médicale (Parasitologie) : M. Bruyant, professeur suppléant, jeudi, à 11 heures du matin. — *Chimie et toxicologie* : M. Gros, professeur suppléant, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Pathologie interne* : M. Maurin, professeur suppléant, mercredi et samedi, à 4 heures du soir. — *Médecine opératoire* : M. Bide, professeur suppléant, jeudi, à 3 heures du soir. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Lafont, professeur suppléant, mardi et samedi, à 8 heures du matin.

Prix annuels.

Prix Fleury (dit prix d'observations). — Valeur 100 fr., dont une médaille en vermeil.

Prix Nivet. — Une médaille de 22 fr. et 38 fr. de livres à l'élève en médecine classé premier au concours de fin de 2e année. Une médaille de 22 fr. et 18 fr. de livres à l'élève en pharmacie classé premier au concours de fin de deuxième année.

Prix Bertrand. — Une somme de 360 fr. de rente annuelle a été léguée par M. Bertrand pour être divisée entre les étudiants en médecine et en pharmacie classés premiers à la suite des concours.

Prix Renoux. — Notes prises au cours. Valeur 100 francs.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs et de 6 suppléants. Il y a, en outre, 5 chefs des travaux et trois chefs de clinique.

Les travaux pratiques de dissection sont obligatoires pendant tout le semestre d'hiver, ils ont lieu tous les jours, de 1 heure à 4 heures, sous la direction du chef des travaux anatomiques. Grâce au voisinage de la maison centrale de Riom et des asiles d'aliénés de Sainte-Marie et de la Cellette, les cadavres sont assez nombreux pour suffire à tous les besoins du service ; les élèves peuvent disséquer jusqu'à l'époque des examens d'anatomie. Pendant l'été, les ressources de l'amphithéâtre sont utilisées pour les travaux de médecine opératoire.

D'après le nouveau régime d'études médicales, les étudiants en médecine peuvent subir, devant l'école à laquelle ils appartiennent, les examens de doctorat qui concernent l'anatomie et la physiologie. Deux sessions d'examen ont lieu à cet effet en avril et en août, elles sont présidées par un professeur de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. Les étudiants ont ensuite tout intérêt à faire leur troisième année à l'école de Clermont, il leur sera difficile, en effet, de trouver des services de clinique mieux fournis.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand dans lequel sont installées les cliniques, a en outre deux services de médecine, un service de chirurgie et un dispensaire de maladies d'enfants. Cet hôpital reçoit les indigents du département du Puy-de-Dôme et l'absence de tout autre grand hôpital dans la région du centre en fait le rendez-vous de tous les cas chirurgicaux intéressants de cette région. Du reste les statistiques de la clinique chirurgicale, dans ces deux dernières années, accusent un total supérieur à trois cents cinquante grandes opérations annuellement. Les services de cliniques sont donc largement assurés, de plus les élèves sont tenus d'y assiter très régulièrement, car de fréquents appels sont faits par le Directeur.

Dans les jardins même de l'Hôtel-Dieu se trouve la maternité qui appartient à l'École de Médecine du 15 mars au 15 novembre ; les étudiants de troisième année peuvent assister à tous les accouchements ainsi qu'aux opérations obstétricales. Depuis trois ans, un service de radiographie a été constatté dans une des salles de l'Ecole. Ce service muni de tous les instruments nécessaires, est confié à M. le Dr Truchot, professeur de physique, qui dirige en même temps la Clinique électrothérapique. Ce service ouvert aux étudiants, leur permet de se familiariser, sous la direction du professeur, au maniement des divers appareils de radiographie et d'électrothérapie.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand met chaque année 6 places d'internes au concours, les titulaires reçoivent cinquante francs par mois comme appointements, et sont nourris les jours de garde. Les places de prosecteur, de préparateur de physique, de chimie et de pharmacie sont rétribuées et données au concours.

Ecole réorganisée de Dijon.

Circonscription de l'École (Côte-d'Or, Haute-Marne, Nièvre, Yonne Saône-et-Loire).

Directeur : M. Deroye. — *Directeur honoraire* : M. Gautrelet. — *Professeurs honoraires* : MM. Fleurot, Maillard et Hebert.

Professeurs titulaires.

Anatomie : M. Pauffard. — *Histologie* : M. Collette. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. Broussolle. — *Pathologie interne* : M. Misset. — *Clinique obstétricale, maladies des femmes et des enfants* : M. Gautrelet. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Viallanes. — *Histoire naturelle médicale* : M. Laguesse. — *Chimie minérale et toxicologie* : M. Pigeon. — *Physique biologique* : M. Brunhes. — *Clinique médicale* : M. Deroye. — *Physiologie* : M. Tarnier. — *Clinique chirurgicale* : M. Parizot.

Professeurs suppléants.

Pharmacie et matière médicale ; M. Vincent. — *Anatomie topographique* : M. N... — *Histoire naturelle médicale* : M. Bonnabeaud. — *Anatomie pathologique et bactériologie* M. Dubard. — *Anatomie et physiologie générales* : M. Zipfel. — *Chimie biologique et toxicologie* : M. Bellier.

Chefs de travaux.

Travaux pratiques de physiologie : M. Quioc. — *Travaux pratiques de chimie, de physique et de pharmacie* : M. Voisenet. — *Travaux pratiques d'anatomie* : M. N... — *Médecine opératoire* : M. N... — *Travaux pratiques d'histologie* : M. N... — *Travaux pratiques d'histoire naturelle* : M. David.

Chefs de clinique :

Clinique médicale : M. Deroye. — *Clinique chirurgicale* M. Parizot. — *Clinique obstétricale, maladies des femmes et des enfants* : M. Gautrelet. — *Conférences cliniques sur l'aliénation mentale* : M. Garnier.

Les travaux pratiques sont obligatoires pour tous les étudiants.

Les cours de l'Ecole sont complets en deux années, sauf quelques-uns des plus importants (Anatomie, Physique), qui sont terminés dans chaque année scolaire.

Les travaux pratiques de dissections durent tout le semestre d'hiver, ils ont lieu tous les jours, de midi à quatre heures ; néanmoins, les élèves peuvent disséquer, à cause de l'abondance des sujets, jusqu'au 15 avril, époque des examens du 1er de Doctorat. En été, ont lieu des travaux de médecine opératoire et d'histologie. Pendant les deux semestres, les laboratoires de chimie sont ouverts aux Etudiants en Pharmacie et Médecine (1re année). Ajoutons que l'Enseignement (cours et travaux pratiques) de la Faculté des Sciences est combiné de façon à ce que les Etudiants puissent y acquérir un complément d'instruction et profiter du riche matériel des Facultés somptueusement installées maintenant.

En été, des herborisations ont lieu tous les dimanches, sous la direction du professeur de l'Ecole de médecine.

Pour les Etudiants de médecine de 2e et de 3e année, les cliniques médicale et chirurgicale ont lieu à l'Hôpital général. Elles comprennent, outre les services d'adultes, l'infirmerie des vieillards et la crèche. De plus, les salles militaires, ainsi que les services du médecin et du chirurgien de l'hôpital, libéralement ouverts aux Etudiants, apportent leur contingent d'observations, d'autopsies et d'opérations. Le service des enfants malades est confié aux professeurs de l'Ecole de Médecine depuis 1890.

Grâce à l'administration des hospices, les services de chirurgie répondent aux exigences de l'antisepsie pour les installations de la pratique des grandes opérations.

L'Enseignement obstétrical a lieu à la Maternité du 1er avril au 1er octobre ; les Etudiants peuvent, jour et nuit, assister à toutes les opérations et suivre les accouchements normaux. La proximité de l'Asile des aliénés est aussi d'un grand secours pour compléter l'instruction des Etudiants qui peuvent, le dimanche, suivre les visites des médecins de l'établissement.

Chaque année, il y a un concours pour des places de préparateurs, de prosecteurs et d'aides d'anatomie. A l'Hôpital, il y a également des concours pour les places d'internes (au nombre de deux) et d'externes (au nombre de quatre).

Le stage fait par les internes leur compte dans leur scolarité auprès des Facultés, de sorte que les étudiants peuvent, jusqu'à leurs derniers examens, continuer leurs études de doctorat et préparer leur thèse pendant leur internat.

Outre les prix de l'Ecole, il y a un prix annuel de clinique décerné, sur l'avis de l'Ecole, à l'Etudiant qui a le mieux rempli les fonctions d'interne à l'hôpital (Prix Picamelot). — Notons, pour terminer, que la Bibliothèque de l'Ecole possède plus de 3.000 volumes, les périodiques et les thèses. Elle est ouverte aux Etudiants de midi à 5 heures.

Le Musée d'anatomie normale comprend de nombreuses pièces artificielles et une ample collection d'os, de sorte que les Etudiants peuvent en profiter et pendant la leçon du professeur et dans l'intervalle des cours, tous ces matériaux étant entièrement à leur disposition, sous la surveillance du prosecteur d'anatomie.

Plusieurs vitrines renferment des pièces pathologiques : ce sont principalement des fractures et affections du système osseux ; leur nombre s'accroit chaque année.

Ecole réorganisée de Grenoble.

Directeur : M. Bordier.
Directeur honoraire : M. Berger.
Professeur honoraire : M. Berger.

Semestre d'hiver 1898-1899.

Les cours de ce semestre ont commencé le 4 novembre 1899.

Clinique médicale : M. Porte, professeur ; mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Girard, professeur, lundi, jeudi, à 10 heures. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. Gallois, professeur, mercredi, samedi, à 10 heures. — *Anatomie* : M. Allard, professeur, lundi, mercredi, jeudi, samedi, à 1 h. 1/2. — *Bactériologie* : M. Berlioz, professeur, lundi, mardi, à 4 heures. — *Pathologie élémentaire* : M. Gilbert, professeur, samedi, à 4 h. 1/4. — *Pathologie médicale* : M. Pegoud, professeur, mercredi, jeudi, vendredi, à 5 heures. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Verne, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4. — *Physique* : M. Pionchon, mercredi, jeudi, à 9 heures. — *Hydrologie* : M. Georges Dodero, chargé de suppléance, mercredi à 10 heures. — *Histoire naturelle* (*Zoologie*) : M. Bordier, professeur, lundi, jeudi, à 10 heures. — *Chimie* : M. Labatut, professeur suppléant chargé de cours, lundi et jeudi, à 2 heures.

Cours complémentaires. Anatomie : M. le chef des travaux anatomiques, mardi, vendredi, à 1 heure et demie. — *Clinique des maladies contagieuses* : M. Gilbert, professeur, suppléant, samedi, à 10 heures et demie. — *Anatomie artistique* : M. Bordier, professeur, samedi, 4 heures et demie. — *Dissection* : M. le chef des travaux anatomiques, lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, à 2 heures et demie. — *Bactériologie* : M. Berlioz, professeur, samedi, à 2 heures et demie.

Travaux pratiques.

Histoire naturelle (zoologie) : M. Picaud, chargé de suppléance, mardi, vendredi, à 10 heures. — *Chimie* : M. Romeyer, chef des travaux chimiques, mercredi, à 2 heures. — *Pharmacie* : M. Baboin, professeur suppléant, vendredi, à 2 heures.

Les étudiants en médecine, inscrits dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées, subissent le 1er et le second examen de doctorat devant l'Ecole à laquelle ils appartiennent. Il est présidé par un professeur de Faculté désigné par le Ministre. Ils passeront le troisième examen devant une Faculté, mais se prépareront à l'Ecole réorganisée pendant leur troisième année d'études. Les sessions d'examen ont lieu, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le Ministre. Les modifications relatives à la réorganisation des études médicales ont été mises à exécution à partir du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878, c'est-à-dire à l'Ecole de Grenoble, réorganisée, mais sur les matières exigées par ce décret de 1878. Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat d'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique. L'aspirant au titre de pharmacien de première classe doit produire un diplôme de bachelier. L'aspirant au titre de pharmacien de deuxième classe doit produire en s'inscrivant le certificat d'études et le certificat de validation du stage. Le registre des inscriptions sera ouvert pour le premier trimestre du 20 octobre au 5 novembre inclusivement et pendant les quinze premiers jours des trois autres trimestres. L'inscription ne sera acquise et délivrée que dans les huit premiers jours du trimestre suivant, et seulement dans le cas où l'élève aura préalablement justifié de sa présence aux exercices obligatoires, pendant tout le trimestre écoulé. Le stage dans les hôpitaux, exigé des aspirants au doctorat en médecine et des aspirants au titre d'officier de santé, est obligatoire pour tous les élèves. Il doit commencer, pour les uns comme pour les autres, après la quatrième inscription validée, et se continuer jusqu'à la douzième inclusivement. Chaque année de stage réglementaire se compose, déduction faite des vacances, de dix mois complets de service effectif, et commence régulièrement le 1er novembre pour se continuer sans interruption jusqu'au 31 août inclusivement. Les inscriptions prises à l'Ecole de Médecine comptent pour toute leur valeur comme prises dans une Faculté. Les travaux pratiques sont obligatoires, la rétribution à verser est fixée pour les étudiants en médecine : à 15 francs par trimestre pour la première année ; à 10 francs par trimestre pour les deuxième et troisième années et 5 francs pour la quatrième année.

Les élèves en pharmacie qui aspirent au titre de pharmacien de première classe peuvent faire compter huit inscriptions d'Ecole préparatoire pour deux années dans une Ecole supérieure de pharmacie. Les élèves qui aspirent au titre de pharmacien de deuxième classe sont tenus de prendre douze inscriptions. Ces étudiants ne seront admis à prendre les cinquième et neuvième inscriptions qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année. Les travaux pratiques sont obligatoires pendant les trois annés de cours. La rétribution à verser a été fixée à 25 francs par trimestre. Les sessions d'examens définitifs auront lieu aux époques suivantes : En août, pour les officiers de santé, les sages-femmes, les pharmaciens de deuxième classe et les herboristes ; en novembre, pour les mêmes, ajournés ou empêchés de se présenter. L'examen de validation de stage aura lieu aux mêmes époques. Par délibération de l'Ecole de Médecine, des concours auront lieu à la fin de l'année scolaire ; les prix obtenus seront décernés dans la séance solennelle de rentrée.

Ecole de Limoges.

Directeur : M. Chénieux.
Directeur honoraire : M. Raymondaud.
Professeur honoraire : M. Lemaistre, Prosper.
Secrétaire : M. Pillault
Bibliothécaire : M. le Dr Bleynie.
Circonscription de l'école : Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne et Lot.

ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899.

L'Ecole a été réorganisée à partir du 1er novembre 1895, donne l'enseignement préparatoire pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Les cours ont commencé le vendredi 3 novembre 1899.

Programme des cours.

Semestre d'hiver. — *Anatomie* : M. Lemaistre, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à midi et demie. — *Clinique chirurgicale* : M. Chénieux, professeur, directeur de l'Ecole, lundi, vendredi, à 8 heures du matin. — *Clinique médicale* : M. Albert Thouvenet, professeur, mardi, jeudi, à 9 heures du matin. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Bleynie, professeur, Mercredi, samedi, à 9 heures du matin. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Pillault, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures et demie. — *Chimie minérale*, M Biais, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. — *Physique générale* : M. Gusse, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Physique biologique* : M. Gusse, professeur, jeudi, à 5 heures. — *Sciences naturelles* : *zoologie* : M. Devaux, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi

Ecole de Tours.

Directeur : M. D. BARNSBY. — Secrétaire : M. GIRARD.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

Clinique médicale : M. BODIN, professeur. Mercredi et samedi à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. L. THOMAS, professeur. Lundi et vendredi, à 9 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. THIERRY, professeur. Mardi et jeudi, à 9 h. du matin. — *Pathologie interne* : M. MEUNIER, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Botanique* : M. BARNSBY, professeur, mardi, à 4 heures. — *Hygiène* : M. ARCHAMBAULT, professeur suppléant. Mardi, samedi, à 4 heures. — *Anatomie* : M. LEDOUBLE, professeur. Lundi, mercredi, samedi, à midi et demi. M. LAPEYRE, professeur suppléant. Mardi, vendredi, à midi et demi. M. N..., chef des travaux. Conférences. Lundi, vendredi, à 3 heures. — *Physique* : M. WOLFF, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à une heure. — *Sciences naturelles (Zoologie)* : M. AUGIS, professeur suppl. Lundi, vendredi, à 3 h. — *Chimie et toxicologie* : M. GRANDIN, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — *Physique biologique* : M. WOLFF, professeur. Cours et Manipulations. Samedi à 3 heures. — *Histologie* : M. PARISOT, chef des travaux. Mardi et vendredi, à 5 heures.

Travaux pratiques. — Semestre d'hiver.

Travaux anatomiques : M. N..., chef des travaux. Tous les jours à une heure et demie. — *Micrographie végétale* : M. AUGIS, prof. suppl. Lundi et vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Chimie* : M. PASQUIER, professeur suppléant. Mardi, mercredi, de 2 h. à 4 h., et samedi, de 2 h. à 5 h.

Semestre d'été.

Clinique médicale : M. BODIN, professeur. Mercredi et samedi, à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. L. THOMAS, professeur. Lundi, vendredi, à 9 heures. — *Clinique obstétricale* : M. THIERRY, professeur. Mardi et jeudi, à 9 heures du matin. — *Ophtalmologie* : M. J. THOMAS, chargé de cours. — *Physiologie* : M. GUIBBAUD, professeur. Mardi, jeudi, vendredi, à 3 heures. — *Histologie* : M. PARISOT, chargé de cours. — *Sciences naturelles* : M. BARNSBY, professeur, Botanique : mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Herborisations : le dimanche ou le jeudi. — *Pathologie externe* : M. DELAGENIERE, professeur. Mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. — *Pharmacie* : M. N..., professeur, Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures un quart. — *Clinique des Maladies mentales* : M. ARCHAMBAULT, suppl. Mardi, à 10 heures. — *Matière médicale* : M. FARÉ, prof. suppl. Mardi et jeudi, à 4 heures un quart. — *Médecine opératoire* : M. X..., suppléant. Lundi à 4 heures et samedi à 5 heures. — *Chimie biologique* : M. GRANDIN, professeur. Lundi à 4 heures. — *Histoire naturelle des parasites* : M. AUGIS, suppléant. Jeudi, à 4 heures. — *Physique* ; M. PASQUIER, suppléant, Lundi à 1 heure.

Travaux pratiques. — Semestre d'été.

Chimie : M. PASQUIER, professeur suppléant. Mardi, mercredi, de 1 heure à 3 heures. — *Physique* : M. PASQUIER, prof. suppléant. Lundi, de 2 heures à 5 heures, et vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Physiologie* : M. PARISOT, chef de travaux. Lundi, de 1 h. à 3 h. — *Histologie* : M. N..., chef de travaux. Jeudi, de 1 h. à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. LAPEYRE, chef de travaux. Mardi et vendredi, à 2 heures.

Emplois de l'École accessibles aux Étudiants.

Prosecteur. — Aide d'anatomie et de physiologie. — Préparateur de chimie. — Préparateur d'histoire naturelle. — Préparateur de hysique.

Concours annuels.

Internat en médecine (6 titulaires). Externat en médecine (12 titulaires). — Internat en pharmacie (5 titulaires et 2 provisoires). — Prix pour les différentes années en médecine et en pharmacie (Médailles de bronze, d'argent et de vermeil). — Prix pour les travaux pratiques de chimie, de physique, de botanique, d'anatomie, d'histologie, de physiologie et de médecine opératoire.

Fondation de Mme Vve Riffault. — *Prix L. Tonnellé. — Une médaille d'or de 150 francs* sera décernée à la suite d'un concours annuel entre les étudiants en médecine de 3e et 4e années, inscrits à l'Ecole et internes à l'Hôpital de Tours.

MM. les Abonnés sont priés de joindre, à leur demande de renouvellement ou de changement d'adresse, la bande du journal.

ECOLE PRINCIPALE DE MÉDECINE NAVALE ET COLONIALE DE BORDEAUX.

Directeur : M. BOURRU, directeur du service de santé de la marine. — *Sous-direct.* : M. CHEVALIER, médecin principal. — *Pathologie externe. Accouchements* : M. CHASTANG, médecin de 1re cl., professeur. — *Anatomie. Médecine opératoire* : M. BARRAT, médecin de 1re classe, professeur. — *Histologie normale et pathologique. Bactériologie* : M. LE DANTEC, médecin de 1re classe, professeur. — *Pathologie interne. Thérapeutique* : M. GORRON, médecin de 1re classe, professeur. — *Physique, Chimie, Histoire naturelle médicales* : M. LERAY, pharmacien de 1re classe, professeur.

Ecole principale du Service de santé de la Marine

Les jeunes gens qui désirent entrer dans la médecine navale, doivent satisfaire aux obligations universitaires en ce qui concerne les diplômes de bachelier et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Ils demandent alors au Ministre de la Marine d'être admis comme étudiants à l'une des écoles-annexes de Brest, Rochefort ou Toulon, pour y faire leur première année d'études de médecine. A la fin de cette année ils se présentent à un concours pour entrer à l'école principale du service de santé qui est établie à Bordeaux.

Dans cette école, ils reçoivent l'enseignement de la Faculté de Médecine secondé par les conférences et répétitions qui sont données dans l'école. Quand ils ont acquis leurs seize inscriptions, c'est-à-dire après quatre ans d'études, il leur est accordé trois mois pour achever les examens de doctorat et soutenir la thèse.

Une fois docteurs, ils sont nommés médecins stagiaires à l'Ecole d'application de Toulon, où il reçoivent l'instruction pratique sur la chirurgie d'armée, l'hygiène navale, la pathologie exotique, etc.

Enfin, après un dernier concours pour déterminer leur classement, ils sont nommés médecins de 2e classe de la marine.

Toutefois, à la sortie de l'Ecole de Bordeaux, un certain nombre d'entre eux sont nommés médecins de 2e classe des colonies et employés immédiatement dans le service colonial.

Les élèves en pharmacie peuvent accomplir dans les écoles-annexes de la Marine leurs trois années de stage, mais il doivent y faire au moins la dernière année. Après l'examen de validation de stage, ils concourent pour l'Ecole principale et, à leur sortie, ils peuvent, comme leurs camarades de médecine, être placés dans le service de la Marine ou dans le service des Colonies.

ÉCOLES D'APPLICATION DE MÉDECINE NAVALE.

Ces Ecoles reçoivent pendant une année les étudiants qui se destinent à la marine et qui y sont acceptés par le Ministre en nombre proportionné aux besoins du recrutement ; puis les élèves du service de santé de la marine sont admis, après concours, à l'Ecole principale de Bordeaux ; ils suivent alors les cours de la Faculté et sont envoyés comme médecins stagiaires à l'Ecole d'application de Toulon, pour y compléter leur instruction pratique au point de vue de la pathologie exotique, de l'hygiène navale et de la chirurgie militaire et navale.

Ecole de Brest.

Directeur : M. AUFFRET. — *Sous-Directeur* : M. FRIOCOURT.

Cours professés aux Etudiants de 1re année.

Anatomie descriptive : MM. CHOVÉ, médecin de 1re classe, professeur. — *Histologie et Physiologie* : M. SALANOUE-IPIN, médecin de 1re classe, professeur. — *Séméiologie médicale et chirurgicale. Petite chirurgie* : M. VALENCE, médecin de 1re classe, professeur. — *Physique biologique* : M. ROUHAUD, pharmacien principal, professeur. — *Chimie biologique* : M. RIFFAUD, pharmacien de 1re classe, professeur. — *Démonstrations. Ostéologie. Syndesmologie* : M. AVÉROUS, médecin de 2e classe, prosecteur.

Ecole de Rochefort.

Directeur : M. GUÈS.

Cours professés aux étudiants de 1re année.

Anatomie descriptive : M. GORRON, médecin de 1re classe. (3 cours par semaine toute l'année). — *Physiologie et histologie* : M. GRAND-MOURSEL, médecin principal (2 cours par semaine

oute l'année). — *Séméiologie médicale et chirurgicale* : M. LASSABATTIE, médecin de 1re classe (2 cours par semaine et exercices pratiques toute l'année). — *Physique biologique*: M. AUCHE pharmacien de 1re classe (1 cours par semaine en hiver, aux étudiants en médecine. Conférences toute l'année aux étudiants en pharmacie). — *Chimie biologique* : M. CAMUS, pharmacien de 1re classe. *Ostéologie, Arthiologie, Dissection* : M. ETOURNEAU, médecin de 2e classe, prosecteur d'anatomie.

Ecoles de Toulon.

Directeur : M. ROUVIER.

Ecole annexe de Médecine navale.

Anatomie descriptive et Dissection : M. BOUSQUET, professeur. — M. DEGHOOTE, prosecteur. — *Histologie et Physiologie*: M. GIRARD, professeur.—*Chirurgie élementaire* : M. GASTINEL, professeur. — *Séméiologie médicale* : M. SUARD, professeur. — *Physique biologique* : M. SAUVAIRE, professeur. — *Chimie biologique* : M. CHALMÉ, professeur.

Ecole d'application des Médecins stagiaires.

Chirurgie militaire et navale: M. COQUIARD, professeur. — *Pathologie exotique et hygiène navale* : M. MILLOU, professeur. — *Législation et administration* : M. DUCHATEAU, professeur. — *Clinique médicale* : GALLIOT, professeur; M. SUARD, chef de clinique. — *Clinique chirurgicale* : M. FONTAN, professeur; M. GASTINEL, chef de clinique. — *Bactériologie*: M. LAFFONT, professeur. — *Applications de la physique à la médecine*: M. SAUVAIRE, professeur. — *Essai des denrées alimentaires*: M. CHALMÉ, professeur.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES DE LANGUE FRANÇAISE.

A. Belgique.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE BRUXELLES (1).

Président : M. VAN ENGELEN. — Secrétaire : M. SPEHL.

Examen de candidat en médecine. (Art. 22 de la loi).

Histologie générale et spéciale: MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, prof. ord. Mardi, jeudi et vendredi à midi. — *Exercices micrographiques* : MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, prof. ord. Mardi, jeudi et vendredi, à midi. — *Anatomie humaine systématique (Ostéologie, syndesmologie, névrologie)* : M. SACRÉ, professeur ord. Lundi, mardi et mercredi à 1 h. — *Anatomie humaine systématique (Myologie, angéiologie et splanchnologie)* : M. Lucien WILMART, suppléant. Jeudi, vendredi et samedi à 1 h. — *Anatomie humaine topographique* : MM. TH. HAUBEN, prof. ord. Samedi à 11 h. et vendredi à 2 h. — *Démonstrations anatomiques*: M. SACRÉ, prof. ord., assisté du chef des travaux anatomiques. Tous les jours de 9 h. à midi. — *Physiologie spéciale et physiologie générale et embryologie*: MM. HEGER, prof. ord. Mardi, jeudi et vendredi, à 11 h. 1/4. SPEHL, prof. extraord. Mercredi et samedi, à 11 h. 1/4 HÉGER, prof. ord., lundi à 11 h. 1/4. — *Eléments d'anatomie comparée*: M. YSEUX, prof. ordin. Lundi à 2 h.— MM. BRUNIN, chef des travaux anatomiques. GALLEMAERTS, agrégé préparateur aux cours d'histologie. M. HOUSSA, prosecteur au cours d'anatomie humaine topographique. N..., prosecteur au cours d'anatomie humaine systématique.

Premier examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Thérapeutique générale et pharmaco-dynamique : M. E. DESTRÉE, professeur extraordin. Mercredi et vendredi à 1 heure. *Pathologie et Thérapeutique spéciales des maladies internes*, MM. CARPENTIER, profes. ordin. Mardi, à 1 h., mercredi, à midi, et samedi, à 1 heure. — *Psychiâtrie*: M. Jos. DESMETH, prof. ordin. Lundi, à 1 heure. — *Pathologie générale* : M. Jos. DESMETH, prof. ordinaire, Lundi à une heure, mardi et samedi, à midi. — *Anatomie pathologique et exercices pratiques d'anatomie pathologique* : MM. L. STIÉNON, prof. ord. Mercredi et vendredi à deux heures. — *Eléments de pharmacologie* : M. V. JACQUES, prof. ordin. Lundi et mardi, à deux heures. M. VANDERVELDE, préparateur aux cours d'anatomie pathologique.

Deuxième examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi)

Pathologie chirurgicale, générale et spéciale : M. THIRIAR, prof. ordinaire. Lundi, mercredi et vendredi, à onze heures. — *Théorie des accouchements* : M. E. KUFFERATH, prof. ordin. Lundi, mercredi et vendredi, à midi. — *Hygiène publique et privée* : M. Edouard DE SMET, profes. ordinaire. Lundi, mercredi et vendredi, à une heure. — *Médecine légale* : M. DALLEMAGNE, prof. extraord. Lundi et mercredi, à 3 heures. M. FUNCK, agrégé, préparateur au cours d'hygiène.

Troisième examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Clinique médicale (à Saint-Jean) : M. L. STIÉNON, prof. ord. Lundi, mercredi et vendredi, à huit heures. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Jean): M. GALLET, agrégé. Lundi et mercredi de neuf heures et demie à onze heures. — *Clinique médicale* (à Saint-Pierre) : M. G.-A.-V. ROMMELAERE, professeur ord. Mardi, jeudi et samedi de 8 heures à 9 heures. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Pierre) : M. THIRIAR, profes. ordinaire. Mardi, jeudi et samedi de 9 heures à 10 heures. — *Clinique obstétricale* (à la Maternité) : M. KUFFERATH, prof. ord. Mardi. jeudi et samedi, à deux heures. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : M. LAURENT, prof. extr. Mardi, jeudi et samedi à midi. — *Exercices pratiques de médecine operatoire* : M. LAURENT, prof. extr. Lundi, mercredi 3 h., vendredi, à 2 heures. — *Anatomie des régions et démonstrations* : M. Th. HAUBEN, prof. ord. Lundi et mercredi à deux heures. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique* : M. J.-B. COPPEZ, profes. ordin. Vendredi, à neuf heures et demie. — *Exercices pratiques d'ophtalmoscopie et d'ophtalmométrie* : M. COPPEZ, professeur ordinaire, Dimanche, à 11 heures. M. HOUSSA, prosecteur au cours d'anatomie des régions.

Cliniques complémentaires.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (à Saint-Pierre): M. Edouard DE SMET, prof. ord., mardi, samedi, de 10 h. à 11 h. 1/2. — *Clinique des maladies des voies urinaires* (à Saint-Pierre) : M. Edouard DE SMET, prof. ordinaire. Jeudi de dix heures à onze heures et demie. — *Clinique externe des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. le Dr CHARON, chirurgien de l'hôpital. Jeudi, de 9 heures à 10 heures. — *Clinique interne des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. E. TORDEUS, agr., jeudi, de 9 à 10 h. — *Clinique de diagnostic chirurgical* (à Saint-Jean) : M. LAVISÉ, agrégé, Jeudi, à 4 heures. — *Clinique psychiatrique* (à Saint-Jean) : M. DE BOECK, agrégé. Jeudi, à 3 h. 1/2. — *Clinique otologique* (à Saint-Jean) : M. Ch. DELSTANCHE, doct. agrégé. Mardi à quatre heures et demie. — *Clinique laryngologique et rhinologique* (à Saint-Pierre) : M. A. CAPART, agrégé. Mardi, jeudi et samedi, de dix heures à midi. — *Clinique gynécologique* (à Saint-Jean) : M. ROUFFART, agrégé. Mardi, à 3 heures et demie. — *Clinique thérapeutique* (à Saint-Jean) : E. DESTRÉE, professeur extraord. Mardi à trois heures et demie. — *Clinique des maladies nerveuses* (à Saint-Pierre) : M. E. SPEHL, profes. extr. Jeudi à neuf heures. — *Exploration clinique et diagnostic médical* (à Saint-Pierre) : M. E. SPEHL, prof. extr. Dimanche à huit heures. — *Bandages et appareils* (à Saint-Pierre) : M. J. THIRIAR, profes. ordinaire. Dimanche à 9 heures. — *Clinique obstétricale*, à la Maternité) : M. TOURNAY, agrégé. Vendredi, à quatre heures et demie. — *Clinique chirurgicale* (hospice de l'infirmerie) : M. DEPAGE, agr. Vendredi, à 3 heures.

Cours libres.

Syphilis du système nerveux : M. BAYET, agrégé. Jeudi à dix heures du matin. — *Laryngologie et rhinologie pratiques* (à Saint-Pierre). M. CAPART, agrégé. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. — *Otologie et laryngologie théoriques* (Institut de physiologie). M. CHEVAL, agrégé. Mercredi, à 5 h. — *Conférences obstétricales préparatoires au concours de l'internat*: M. COCQ, agrégé. Lundi, à 4 h. — *Exercices pratiques sur les manœuvres obstétricales* : M. COCQ, agrégé. Lundi et vendredi, à 4 h. — *Neuropathologie* : M. CROCQ agrégé. Jeudi, à 1 h. 1/4.— *Ophtalmoscopie ophtalmométrie* (à Saint-Jean). M. COPPEZ (H.), agrégé. Dim., 1 h — *Physiologie et pathologie de la cellule* : M. DEMOOR, agr. Mardi à 4 h. — *Bactériologie* : M. FUNCK, agrégé. Samedi, à 4 h 1/2. — *Ophtalmoscopie* : M. GALLEMAERTS, agrégé. Lundi, 4 h. — *Orthopédie infantile*) à l'hospice des Enfants-Assistés) : M. GEVAERT, agrégé. Dimanche, à 9 h. — *Anthropologie* (à l'Université) : M. le Dr HOUZÉ, agrégé. Mardi à huit heures du soir. — *Massage* (à Saint-Jean): M LE MARINEL, agrégé. Mardi, à 4 h. 1/2. — *Gynécologie*: M. ROUFFART, agrégé. Samedi à trois heures et demie. — *Pathologie de la grossesse* : M. TOURNAY, agrégé. Jeudi à 1 h. (à partir du 1er janvier). — *Autopsies* (amphithéâtre de l'hôpital Saint-Jean). M. VANDERVELDE, agrégé, lundi à 4 heures. — *Séméiologie et Diagnostic des maladies nerveuses* (hopital Saint-Jean) M. René VERHOOGEN, agrégé, mardi à 4 heures.

Instituts scientifiques de Bruxelles.

Institut de Physiologie (au parc Léopold, créé avec la participation de la ville de Bruxelles. Fondateur, M. Ernest SOLVAY).

(1) Pour plus de détails sur les Universités de Belgique, voir le *Numéro des Etudiants* des années précédentes, en particulier celui de 1886.

Directeur : M. HÉGER, prof. ord. Personnel scientifique ; MM. SPEHL, prof. extr., HOSSE, chargé de cours. — *Institut d'anatomie* (au parc Léopold, créé avec participation de la ville. Fondateur : M. R. WAROCQUÉ). Directeur : M. SACRÉ, prof. ord. Chef des travaux anatomiques : M. BRUNIN. — *Anatomie humaine systématique*. Professeur : M. SACRÉ. Agrégé suppléant : M. WILMART, Prosecteur : N... — *Anatomie topographique*. Professeur : M. HAUBEN, prof. ord. Prosecteur : M. HOUSSA.

LABORATOIRE D'HYSTOLOFIE NORMALE. — Directeur : M. ROMMELAERE, prof. ord. Agrégé suppléant, préparateur : M. GALLEMAERTS.

LABORATOIRE D'ANOTOMIE PATHOLOGIQUE. — Directeur : M. STIÉNON. prof. ord. Agrégé, préparateur : M. VANDERVELDE.

INSTITUT DE BACTÉRIOLOGIE ET D'HYGIÈNE (créé avec la participation de la ville de Bruxelles). — Fondateurs : MM. Alfred SOLVAY, Georges BRUGMAN, Fernand JAMAR, Léon LAMBERT. Administrateur : M. DESTRÉE. prof. extr. Personnel scientifique : MM. Edouard DE SMET, prof. ord., DESTRÉE, prof. extr., FUNCK, préparateur, chef du laboratoire de bactériologie.

LABORATOIRE D'EMBRYOLOGIE (pour la médecine). Directeur : M. HEGER, professeur ordinaire.

INSTITUT BOTANIQUE (rue Botanique, 36). Directeur : M. Léo ERRERA, prof. ord. Assistants : MM. MASSART, prof. extr., et CLAUTRIAU. Le laboratoire est ouvert tous les jours pour les étudiants qui préparent leur dissertation doctorale.

LABORATOIRE DE ZOOLOGIE ET D'ANATOMIE COMPARÉE. Directeur : M. LAMEERE, professeur ordinaire.

LABORATOIRE D'EMBRYOLOGIE (doctorat en sciences). — Directeur : M. FRANCOTTE, professeur ordinaire.

LABORATOIRES DE CHIMIE Laboratoire de chimie générale pour les travaux de la candidature en sciences et de la Faculté des sciences appliquées. — Directeur : M JOLY, prof. ord. Suppléant : M. TOUBEAU. Chef des travaux : M. DAIMERIES, prof. extr. — *Laboratoire de chimie générale pour les travaux du doctorat en sciences*. Directeur : M. DE WILDE, prof. ord. Chef des travaux : M. WUYTS, H. Préparateur : M. HECQ. — *Laboratoire de chimie analytique* (Faculté des sciences et Faculté des sciences appliquées). Directeur : M. JOLY, prof. ord. Suppléant : M. TOUBEAU. Chef des travaux : M. DAIMERIES, prof. extr. Préparateur : M. HECQ. — *Laboratoire de chimie industrielle* (Faculté des sciences appliquées). — Directeur : M. H. BERGÉ, prof. ord. Chef des travaux : M. A. BERGÉ, agrégé. — *Laboratoire de chimie pharmaceutique et toxicologique*. Directeur : M. DEPAIRE, prof. ord. Chef des travaux : M. VAN ENGELEN, prof. ord. — *Laboratoire d'analyse des denrées alimentaires et de microscopie*. Directeur : M. HERLANT professeur ordinaire.

ÉCOLE SPÉCIALE DE PHARMACIE DE BRUXELLES.

Examen de pharmacien. (Art. 25 de la loi).

Eléments de chimie toxicologique. Chimie pharmaceutique. Pharmacie pratique : M. J.-B. DEPAIRE, prof. ord. Lundi, mardi et mercredi de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. — *Pharmacognosie, altérations et falsifications des drogues simples et des substances alimentaires. Recherches microscopiques. Recherches des falsifications et des altérations des substances alimentaires.* M. A. HERLANT, prof. ord. Jeudi et vendredi, de 8 heures et demie à 9 heures et demie et de 9 heures et demie à 11 heures. Mardi et mercredi de 1 heure à 5 heures. — *Eléments de chimie analytique qualitative et quantitative. Opérations chimiques Opérations analytiques* : M. E. VAN ENGELEN, prof. extr. Jeudi et vendredi, de 11 h. à midi. Lundi, mardi, mercredi, de 9 heures et demie à midi et demi.

POLICLINIQUE LIBRE DE BRUXELLES.

40, *rue de Ruysbroek*.

Les cliniques spéciales, inaugurées dans le courant de l'été 1891, seront reprises en novembre 1898 et continuées trois fois chaque semaine. Ces cours, essentiellement pratiques, permettent aux praticiens l'étude ou la revision rapide de différentes branches de la médecine. Ils auront une durée de deux mois et demi, et seront repris trois fois par an : en novembre, en janvier et en avril. On est prié de se faire inscrire à la Policlinique tous les jours, de 9 à 10 heures, ou par correspondance.

Programme des cours du trimestre d'hiver (1899).

Mercredi, de 9 h. à 10 h. *Chirurgie infantile. Orthopédie*, M. le Dr HENDRIX. — De 10 à 11 h. *Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge*, M. le Dr HIGGUET. — De 11 h. à 12 h. *Démonstrations microscopiques et diagnostic d'anatomie pathologique spéciale* (maladies des femmes, MM. les Drs POPELIN et CITTADINI, assistants. — De 2 h. à 4 h. *Maladies des femmes*, M. le Dr C. JACOBS, agrégé à la Faculté.

Samedi, de 9 h. à 10 h. *Opérations gynécologiques* (à l'Institut gynécologique, 12, rue Puits-St-Guidon, à Anderlecht), M. le Dr JACOBS. — De 11 h. à 12 h. *Maladies nerveuses. Electrothérapie*, M. le Dr GLORIEUX. — De 2 h. à 4 h. *Maladies de la peau*, M. le Dr DUBOIS-HAVENITH, agrégé à la Faculté. — De 4 h. à 5 h. *Maladies des voies urinaires, Endoscopie, Cystocopie*, M. le Dr J. VERHOOGEN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Doyen : M. VAN CAUWENBERGHE. — Secrétaire : M. E. GILSON.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

PREMIÈRE ANNÉE. — *Eléments de zoologie*, M. F. PLATEAU, professeur. — *Anatomie humaine systématique*, M. H. LEBOUCQ, professeur. — *Physiologie générale*, M. E. LAHOUSSE, prof. — *Histologie générale*, M. VAN DER STRICHT, prof. — *Embryologie*, M. VAN DER STRICHT, prof. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. VAN DER STRICHT, prof. — *Exercices pratiques de zoologie*, M. F. PLATEAU, professeur.

SECONDE ANNÉE. — *Anatomie humaine systématique*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Histologie spéciale*, M. VAN DER STRICHT, prof. — *Anatomie topographique*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Physiologie spéciale*, M. E. LAHOUSSE, prof. — *Eléments d'anatomie comparée*, M. F. PLATEAU, prof. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. VAN DER STRICHT, prof. — *Psychologie*, M. J. VAN BIERVLIET, prof. — *Exercices pratiques d'anatomie comparée*, M. F. PLATEAU, professeur.

Doctorat en médecine, en chirurgie et en accouchements.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Pathologie générale*, M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Anatomie pathologique*, M. D. VAN DUYSE, prof. — *Pathologie chirurgicale générale*, M. E. BOUQUÉ, prof. — *Thérapeutique générale*, M. J. HEYMANS, prof. — *Démonstrations microscopiques d'anatomie pathologique*, M. VAN DUYSE, prof. extr.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciale des maladies internes, y compris les maladies mentales*, M. E. EEMAN, prof. — *Pathologie chirurgicale spéciale*, M. E. BOUQUÉ, prof. — *Pharmacodynamique*, M. J.-F. HEYMANS, prof. ordinaire. — *Eléments de pharmacologie*, M. J.-F. HEYMANS, prof. ord.

TROISIÈME ÉPREUVE. — *Théorie des accouchements*, M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof. — *Médecine légale*, M. E. VAN ERMENGEM, prof. — *Clinique obstétricale*, M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales*, M. V. DENEFFE, prof. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique*, M. V. DENEFFE, prof. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées*, M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Policlinique chirurgicale, bandages, etc.*, M. A. DE COCK, prof., F. VAN IMSCHOOT, prof. extr. — *Policlinique médicale*, M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Clinique gynécologique*, M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof. — *Clinique médicale*, M. R. BODDAERT, prof. — *Clinique chirurgicale*, M. A. DE COCK, prof. et M. F. VAN IMSCHOOT, prof. — *Hygiène publique et privée*, M. E. VAN ERMENGEM, prof. — *Démonstrations d'anatomie des régions*, M. H. LEBOUCQ, prof. — *Démonstrations macroscopiques d'anatomie pathologique*, M. D. VAN DUYSE, prof.

COURS FACULTATIFS. — *Bactériologie*, M. E. VAN ERMENGEM, prof. — *Otologie, laryngologie et rhinologie*, M. E. EEMAN, prof.

Les élèves des trois doctorats en médecine pourront de plus s'exercer tous les jours, de 8 à 10 heures, au maniement du laryngoscope, etc.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE A GAND.

Examen de pharmacien.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Eléments de chimie analytique qualitative et quantitative. Eléments de chimie, toxicologie*, M. GILSON, prof. extr. — *Chimie pharmaceutique*, M. DELACRE, prof., M. E. GILSON, prof. extraord. — *Pharmacognosie, altérations et falsification des substances médicamenteuses*, M. E. GILSON, prof. extraord. — *Falsifications des denrées alimentaires*, M. E. GILSON, prof. extraord.

SECONDE ÉPREUVE. — *Opérations chimiques. Recherches microscopiques. Falsifications des médicaments*, MM. DELACRE, prof. et GILSON, prof. extraord. — *Analyses, opérations toxicologiques, falsifications des denrées alimentaires*, M. GILSON.

Le laboratoire d'analyses chimiques est ouvert aux élèves tous les jours de l'année, depuis 8 h. du matin.

TROISIÈME ÉPREUVE. — *Pharmacie pratique. Préparations pharmaceutiques*, M. GILSON, prof. extr.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIÈGE.

Doyen : M. Ch. Julin, professeur ordinaire.
Secrétaire : M. F. Fraipont, professeur extraordinaire.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

Anatomie humaine systématique (ostéologie, myologie, syndesmologie, angéiologie et névrologie) : M. F. Putzeys, prof. ordin. — *Anatomie humaine systématique* (splanchnologie, organes des sens): M. A. Swaen, prof. ordin. —*Anatomie topographique*: M. Ch. Julin, prof. ordin. — *Anatomie comparée* : M. Ch. Julin, prof. ordin. — *Embryologie* : M. Ed. Van Beneden, prof. ordin. — *Histologie spéciale* : M. A. Swaen, prof. ordin. — *Histologie générale* : M. Ch. Julin, prof. ordin.—*Physiologie*: M. L. Fredericq, prof. ordin. — *Physiologie des organes des sens* : M. P. Nuel, prof. ordin. — *Psychologie* : M. A. Grafé, profes. extraord. — *Démonstrations anatomiques* : MM. A. Swaen et F. Putzeys, prof. ordin. — *Exercices d'anatomie comparée* : M Ed. Van Beneden, prof. ordin. et M. Ch. Julin, prof. ordin. – *Exercices microscopiques d'histologie* : M. A. Swaen, prof. ord. — *Exercices pratiques de physiologie* : M. L. Fredericq, prof. ordin.

Doctorat en médecine, chirurgie et accouchements.

Pathologie et thérapeutique générales : M. X. Francotte, prof. ordinaire. — *Pathologie et thérapeutique générales des maladies infectieuses* : M. F. Henrijean, ch. de cours. — *Pharmaco-dynamique, pharmacologie et éléments de pharmacie* : M. F. Henrijean, prof. — *Anatomie pathologique, y compris les éléments de parasitologie. Démonstrations d'anatomie pathologique. Exercices pratiques d'autopsie. Exercices pratiques microscopiques d'anatomie pathologique. Travaux d'anatomie pathologique et de microbiologie. Maladies des pays chauds* : M. Ch. Firket, prof. ord.—*Pathologie et thérapeutique spéciales des maladies internes* : M. Paul Snyers, chargé de cours. — *Pathologie chirurgicale générale* : M. A. Von Winiwarter, prof. ordin. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : M. A. Von Winiwarter, prof. ordin. — *Exercices pratiques de médecine opératoire* : M. A. von Winiwarter, prof. ordin.— *Clinique chirurgicale. Policlinique chirurgicale* : M. A. Von Winiwarter. prof. ordin. — *Hygiène publique et privée* : M. F. Putzeys, prof. ord. —*Démonstrations d'hygiène et excursions*, M. F. Putzeys, prof. ord. — *Pathologie chirurgicale spéciale* : M. Troisfontaines, prof. extraord. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. Troisfontaines, prof. extraord. — *Policlinique* : M. Troisfontaines, prof. extraord. — *Ophtalmologie* ; M. P. Nuel, professeur ordin. — *Clinique ophtalmologique* : M. P. Nuel, prof. ord. — *Policlinique* : M. P. Nuel, prof. ordin. — *Bactériologie* : M. E. Malvoz, chargé de cours. — *Travaux pratiques de bactériologie* : M. E. Malvoz, chargé de cours. — *Médecine légale* ; M. Gabriel Corin, chargé de cours. — *Psychiatrie envisagée au point de vue médico-légal* : M. X. Francotte, prof. ordinaire. — *Clinique des maladies mentales* : M. X. Francotte, prof. ordin. — *Clinique médicale* : M. V. Masius, prof. ord. *Policlinique médicale. Exercices de clinique propédeutique. Clinique des maladies des enfants* : M. V. Masius, prof. ord. — *Démonstrations d'anatomie des régions* : M. Ch. Julin, prof. ordin. *Obstétrique.* — *Clinique obstétricale. Policlinique obstétricale. Opérations obstétricales. Clinique gynécologique* : M. F. Fraipont, prof. extraord. — *Clinique des maladies des vieillards* : M. F. Henrijean, prof. extraordin. — *Clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles* : M. F. Schiffers, prof. extraordin. — *Policlinique* : M. F. Schiffers, prof. extraord.

Pharmacie.

Pharmacognosie, chimie pharmaceutique, altérations et falsifications des médicaments. Exercices pratiques de pharmacie : M. A. Gilkinet, professeur ord. — *Chimie analytique qualitative et quantitative. Exercices pratiques de chimie analytique* : M. L. De Koninck, prof. ordin. — *Altérations et falsifications des substances alimentaires. Exercices pratiques d'analyse des substances alimentaires. Pharmacie pratique, y compris la préparation des médicaments inscrits dans la pharmacopée. Exercices pratiques de pharmacie* : M. Arm. Jorissen, prof. extraord. — *Eléments de chimie toxicologique. Exercices pratiques de chimie toxicologique* : M. Th. Chandelon, chargé de cours.

B. Suisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE.

M. le Professeur A. d'Espine, doyen.

Année 1899-1900.

Cours.

Anatomie normale : M. le prof. Laskowski. Six heures par semaine. — *Conférences pratiques d'anatomie normale* : Le même professeur. Tous les jours de 10 à 11 h. — *Exercices pratiques de dissection*: Le même professeur. Tous les jours. — *Anatomie et physiologie pathologiques générales* : M. le prof. F.-G. Zahn. Six heures par semaine. — *Cours d'autopsies et démonstrations pathologiques* : Le même prof. Quatre heures par semaine. — *Travaux pratiques dans le laboratoire d'anatomie pathologique, y compris la bactériologie*: Le même professeur. Tous les jours. — *Histologie normale* : M. le Professeur Eternod. Deux heures par semaine. — *Embryologie* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale.* Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi.—*Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même prof. Tous les jours. — *Physiologie* : M. le prof. J.-L. Prevost. Six heures par semaine. —*Démonstrations et exercices pratiques* dans le laboratoire, avec conférences pratiques, tous les jours.—*Pathologie interne*: M. le prof. d'Espine. Trois heures par semaine. — *Cours pratique d'auscultation et de percussion* (cours libre) : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Pathologie externe* : M. le prof. J.-L. Reverdin. Trois heures par semaine. — *Médecine opératoire* : Le même prof. Deux heures par semaine. — *Clinique et policlinique médicales* : M. le prof. Revilliod. Sept heures 1/2 par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales* : M. le prof. Julliard. Sept heures 1/2 par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. le prof. Alf. Vaucher. Cinq heures par semaine. — *Cours théorique d'accouchement* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Cours théorique de gynécologie* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique* : M. le prof. A. Mayor. Trois heures par semaine. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours. — *Hygiène* : M. le prof. Vincent (Suppléant : Dr de Mérignac.) Deux heures par semaine. — *Médecine légale avec exercices pratiques* : M. le prof. Gosse. Quatre heures par semaine. — *Matière médicale et pharmacologie* : M. le prof. X... Deux heures par semaine. — *Cours et exercices pratiques dans le laboratoire de pharmacie et microscopie pharmaceutique* : M. le prof. J. Brun. Quatre heures par semaine. — *Microscopie pharmaceutique* : Quatre heures par semaine. — *Pharmacognosie et pharmacie* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Psychiâtrie* : M. le prof. J. Martin. Deux heures par semaine. — *Clinique ophtalmologique* : M. G. Haltenhoff, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Ophtalmologie* : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Démonstration et connaissance pratique des instruments de chirurgie. Bandages et appareils* : M. le Dr Aug. Reverdin, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Maladies vénériennes et cutanées* : M. le Dr H. Oltramare, professeur extraord. Une heure par semaine.

Cours de privat-docents.

Obstétrique : M. le Dr Cordès. Deux heures par semaine. — *Pathologie cérébrale* : M. le Dr Ladame. Deux heures par semaine. — *Maladies des enfants* (Hospice du chemin Gourgas) : M. Ed. Martin. Une heure par semaine. — *Des empoisonnements au point de vue médico-légal* : M. le Dr L. Mégevand. Une heure par semaine. — *Cours pratique de diagnostic chirurgical avec conférences de pathologie externe* : M. le Dr Kummer. Deux heures par semaine. — *Anomalies de la vision et détermination des lunettes* : M. le Dr Sulzer. Deux heures par semaine. — *Répétitoire de médecine interne* : M. le Dr Ruel. Deux heures par semaine. — *Répétitoire d'obstétrique* : M. le Dr Patru. Deux heures par semaine.— *Cours pratique de diagnostic médical* : M. le Dr Maillard. Deux heures par semaine. — *Conférences de thérapeutique clinique infantile* : M. le Dr Thomas, une heure par semaine. — *Cours de chirurgie pratique* : M. le Dr Buscarlet. Une heure par semaine. — *Anatomie normale et pathologique des régions dans leurs rapports avec la chirurgie* : M. le Dr Dupraz. Deux heures par semaine. — *Cours d'otologie et de policlinique otolaryngologique* : M. le Dr Wyss. Deux heures par semaine. — *Exercices pratiques de rhinologie, d'otologie et de laryngologie* : M. le Dr E. Gudar. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique d'urgence en cas d'accident et de maladie subite* : le même professeur. Deux heures par semaine. — *Thérapeutique gynécologique en général. Traitement des affections gynécologiques*

spéciales : M. le Dr BÉTRIX. Une heure par semaine. — *Cours théorique et pratique de bactériologie* : M. le Dr CRISTIANI. Deux heures par semaine. — *Répétitions pratiques d'ophtalmologie* : M. le Dr FRŒLICH. Deux heures par semaine. — *Gymnastique suédoise et massage spécialement en gynécologie* : M. le Dr BOURCART. Deux heures par semaine. — *Discussion des cas obstétricaux* : M. le Dr O. BEUTTNER. Deux heures par semaine. — *Hydrothérapie, électricité médicale et radiographie* : M. le Dr S. KESER. Une heure par semaine. — *Electrothérapie* : M. le Dr BRAUN, une heure par semaine. — *Hygiène et diététique de l'enfance* : M. le Dr AUDÉOUD. Une heure par semaine. — *Répétitoire d'obsétrique. Policlinique obstétricale* : M. le Dr DE SEIGNEUX. Une heure par semaine.

II. — Semestre d'été.

Anatomie normale : M. le prof. LASKOWSKI. Six heures par semaine. — *Anatomie pathologique spéciale des organes* : M. le prof. ZAHN. Six heures par semaine. — *Cours pratique d'histologie pathologique* : Le même professeur. Six heures par semaine. — *Travaux pratiques dans le laboratoire d'anatomie pathologique* : Le même professeur. Tous les jours. — *Histologie normale* : M. le prof. ETERNOD. Quatre heures par semaine. — *Travaux pratiques d'histologie normale.* Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale* : Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours. — *Physiologie* : M. le professeur SCHIFF. Six heures par semaine. — *Exercices pratiques dans le laboratoire,* tous les jours. — *Pathologie interne* : M. le professeur D'ESPINE. Deux heures par semaine. — *Pathologie externe* : M. le professeur J.-L. REVERDIN. Deux heures par semaine. — *Médecine opératoire* : Le même professeur. Six heures par semaine. — *Clinique et policlinique médicales* : M. le professeur REVILLIOD. Sept heures et demie par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales* : M. le professeur JULLIARD. Sept heures et demie par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. le prof. Alf. VAUCHER. Cinq heures par semaine. — *Cours d'opérations obstétricales* : Le même professeur. Quatre heures par semaine. — *Cours d'opérations gynécologiques* : Le même professeur. Quatre heures par semaine. — *Thérapeutique* : M. le professeur PRÉVOST. Trois heures par semaine. — *Cours et travaux pratiques au laboratoire de pharmacie* : M. le professeur J. BRUN (Suite des cours d'hiver). — *Microscopie, pharmacognosie et pharmacie.* Le même professeur. Six heures par semaine. — *Psychiatrie* : M. le professeur OLIVET. Deux heures par semaine. — *Clinique ophtalmologique* : M. G. HALTENHOFF, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Ophtalmologie* : Le même professeur. Une heure par semaine. — *Démonstration et connaissance pratique des instruments de chirurgie. Bandages et appareils* : M. le Dr Aug. REVERDIN, prof. extraord. Deux heures par semaine. — *Maladies vénériennes et cutanées* : M. le Dr H. OLTRAMARE, prof. extraord. Une heure par semaine. — *Embryologie* : (1re partie) M. le Professeur ETERNOD. Une heure par semaine. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : M. le prof. PREVOST. Tous les jours. — *Stomatologie* : Le même professeur. Deux heures par semaine.

Cours de privat-docents.

Répétitoire d'ophtalmologie : M. le Dr FRŒLICH. Une heure par semaine. — *Des empoisonnements au point de vue médico-légal* : M. le Dr L. MÉGEVAND. Deux heures par semaine. — *Traitement des maladies des femmes par la méthode de Thure Brand* : M. le Dr BOURCART. Une heure par semaine. — *Cours pratique de chirurgie infantile* : M. le Dr BUSCARLET. Deux heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique des régions dans leurs rapports avec la chirurgie* : M. le Dr DUPRAZ. Deux heures par semaine. — *Cours ophtalmoscopique* : M. le Dr SULZER. Deux heures par semaine. — *Obstétrique* : M. le Dr CORDÈS. Deux heures par semaine. — *Pathologie cérébrale* : M. le Dr LADAME. Une heure par semaine. — *Maladies des enfants* : M. le Dr Ed. MARTIN. Une heure par semaine. — *Pathologie externe, avec exercices pratiques de diagnostic chirurgical* : M. le Dr KUMMER. Une heure par semaine. — *Chimie appliquée au diagnostic médical* : M. le Dr Paul BINET. Une heure par semaine. — *Cours théorique et pratique de bactériologie* : M. le Dr CHRISTIANI. Deux heures par semaine. — *Répétitoire de médecine interne* : M. le Dr RUEL. Trois heures par semaine. — *Maladies de la nutrition* : M. le Dr KESER. Une heure par semaine. — *Maladies des fosses nasales, du pharynx et du larynx.* M. le Dr E. GUDER. Deux heures par semaine.

Conditions d'admission. — Sont admis à l'immatriculation comme *étudiants* dans la Faculté de Médecine : 1° Les personnes qui ont obtenu le certificat de maturité de l'une des sections du Gymnase de Genève : 2° Les bacheliers ès lettres et les bacheliers ès sciences de l'Université de Genève ; 3° Les personnes qui par des diplômes justifient d'études équivalentes. Le Bureau, sur le préavis de la Faculté, statue sur l'équivalence. — N. B. Pour subir les examens fédéraux de médecine et de pharmacie, les candidats doivent produire un certificat de maturité conforme au Règlement fédéral. Peuvent suivre les cours comme *auditeurs*, sans qu'aucun titre soit réclamé pour leur inscription, les personnes âgées de 18 ans accomplis. Les auditeurs ne peuvent pas postuler de grade. Sauf autorisation spéciale du professeur, les cliniques et cours pratiques ne sont accessibles qu'aux personnes qui justifient d'études médicales régulières.

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Prix Bizot. — La Faculté de Médecine décernera, en janvier 1900, un prix de *douze cents francs* à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

Des résultats de la sérothérapie dans les affections chirurgicales et obstétricales. Les mémoires devront être remis au Doyen de la Faculté de Médecine avant le 1er novembre 1899. — *Dispositions relatives à ce prix.* — Sont admis à concourir : a) Les étudiants régulièrement immatriculés dans la Faculté de Médecine de Genève; b) Les docteurs diplômés de la Faculté de Médecine de Genève, depuis quatre ans au plus à partir de la publication du programme; c) Les Suisses docteurs diplômés d'une Faculté de Médecine de la Suisse, depuis quatre ans au plus à partir de la publication du programme, ayant subi les examens fédéraux. Les mémoires doivent être manuscrits et rédigés en langue française. Ils porteront une devise qui sera reproduite sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Le prix sera renvoyé à l'année suivante si aucun travail n'est jugé digne de l'obtenir. En cas d'égalité entre deux travaux, le prix pourra être divisé. Le mémoire couronné sera déposé à la Bibliothèque de la ville de Genève. — L'auteur conservera la propriété de son œuvre et aura, par conséquent, le droit d'en prendre copie. Dans le cas où il le publierait, il devra en remettre vingt-cinq exemplaires pour la Bibliothèque et les professeurs de la Faculté. Deux prix Bizot ont été annoncés par erreur dans le programme du semestre d'été 1899 comme devant être décernés au commencement de 1901. Ces prix ne seront pas décernés.

AUTRES PRIX DE LA FACULTÉ

La Faculté de Médecine décernera, en janvier 1900, un prix de *trois cents francs* au meilleur mémoire qui lui sera présenté. Les travaux destinés au concours devront être remis au Doyen de la Faculté de Médecine avant le 23 octobre 1900. — *Dispositions relatives à ces prix.* — Sont admis à concourir : a) Les étudiants en médecine régulièrement immatriculés dann la dite Faculté et qui ont passé leur examen de baccalauréat ès sciences médicales, ou un examen jugé équivalent par la Faculté ; b) Les docteurs en médecine de Genève, diplômés depuis un an au plus; c) Les médecins suisses qui ont passé leurs examens fédéraux à Genève depuis un an au plus. Les mémoires peuvent être manuscrits ou imprimés; ils peuvent être rédigés en français, en allemand ou en italien. Dans le cas où aucun des travaux présentés ne serait jugé digne d'être couronné, le prix ne sera pas décerné.

Genève, 25 octobre 1899.

M. le Dr BOURNEVILLE, rédacteur en chef du *Progrès Médical*
Paris.

Mon cher Rédacteur,

Notre Faculté de Médecine est en pleine transformation. D'un côté, des réformes importantes ont été introduites par la création de nouvelles chaires, de l'autre, la démission des professeurs de clinique médicale et de psychiatrie, a mis à l'ordre du jour l'étude des améliorations qui pourraient être apportées dans ces cliniques avec la nomination de nouveaux titulaires.

Parmi les chaires nouvelles dont la création a été décrétée par notre grand conseil sur la proposition du nouveau conseiller d'Etat chargé du Département de l'Instruction publique, M. Favon, nous devons mentionner en premier lieu l'organisation à l'hôpital cantonal d'une clinique pédiatrique qui disposera de trente lits. Le professeur de cette nouvelle chaire n'est pas encore nommé, mais il est tout désigné en la personne de M. le Dr D'Espine, professeur de pathologie interne, dont les travaux sur les maladies des enfants sont appréciés depuis longtemps. Vous savez que la sixième édition du manuel pra-

tique des maladies de l'enfance, que ce savant confrère publie avec M. Picot, vient de paraître sous forme d'un « *Traité des maladies de l'enfance* » en deux volumes in-8°. Si M. D'Espine est appelé à la chaire de clinique pédiatrique, il en résultera la vacance de celle de pathologie interne qu'il a occupée jusqu'ici avec distinction. Peut-être alors jugera-t-on convenable de rattacher cette chaire à la clinique médicale ? Tout dépendra de la personnalité du nouveau professeur, qui n'est pas encore trouvé. Il paraît, en effet, que M. le professeur Revilliod n'est pas facile à remplacer. Tout le monde a regretté à Genève la décision de l'honorable professeur qui avait su donner à son enseignement clinique une tournure pratique et originale très goûtée des élèves.

Une seconde chaire clinique dont la création est nouvelle aussi est celle de dermatologie et de syphilis qui disposera de vingt à trente lits. Jusqu'ici, il n'y avait qu'un enseignement théorique de ces branches, qui était donné par M. le Dr H. Oltramare, professeur extraordinaire. Tout fait prévoir que M. Oltramare sera appelé très prochainement à occuper la nouvelle chaire clinique en qualité de professeur ordinaire.

On a fait la proposition de créer aussi une chaire spéciale de bactériologie. Cette question est à l'étude pour le moment, mais rien encore n'a été décidé à cet égard.

Par contre, le canton de Genève vient d'acheter et d'aménager un bâtiment spécial dans le but d'y placer trois policliniques, avec six lits pour hospitaliser temporairement les cas urgents qui s'y présenteraient. La policlinique obstétrico-gynécologique sera dirigée par M. le Pr Jentzer, la policlinique chirurgicale par M. le Pr Aug. Reverdin et la policlinique médicale par M. le Pr Mayor, qui occupe déjà la chaire de thérapeutique. Ces trois professeurs sont tous des spécialistes distingués, très connus par leurs travaux.

La chaire de gynécologie et d'obstétrique, sans être vacante, est aussi en voie de transformation. Le conseil d'Etat a accordé un congé d'une année à M. le Pr Vaucher pour cause de santé. Les réparations et améliorations importantes qui se font à la Maternité, sont dirigées actuellement par M. le Pr Jentzer, qui est chargé provisoirement de la clinique obstétricale et gynécologique.

Il est question en outre de projets d'amélioration à apporter à la chaire d'hygiène. M. le Pr Vincent a été appelé à siéger au conseil d'Etat ; il est aussi député au conseil national, et son mandat va être prochainement renouvelé avec l'assentiment des deux principaux partis politiques; c'est-à-dire de la très grande majorité de ses concitoyens. Peut-être reprendra-t-il sa chaire dans trois ans, en y introduisant les réformes projetées ? Il est suppléé présentement par M. le Dr Marignac, qui s'occupe avec prédilection des travaux du laboratoire de bactériologie. Les étudiants qui suivent les cours d'hygiène ont à leur disposition les laboratoires qui sont annexés au bureau de salubrité publique, entre autres un laboratoire de chimie, très bien monté, destiné surtout à l'analyse des denrées alimentaires, et le laboratoire de bactériologie dont nous venons de parler.

Une dernière démission, assez inattendue, qui vient d'être donnée, est celle de M. le Dr Johannès Martin, directeur de l'asile des Vernaies et professeur de psychiatrie à l'Université. La retraite de M. Martin est d'autant plus regrettable que nous comptons inaugurer prochainement le nouvel asile cantonal des aliénés à Bel-Air, à la construction duquel il avait voué toute son activité. M. Martin avait accepté la direction de l'asile des Vernaies dans un moment critique de l'histoire de cet établissement cantonal, qu'il avait su réorganiser et mettre au niveau des exigences modernes du traitement des aliénés. Avec l'inauguration de l'asile de Bel-Air, l'enseignement de la psychiatrie prendra certainement un nouvel essor, et la clinique des maladies mentales pourra être développée, en mettant à profit toutes les ressources des laboratoires, dont elle ne peut plus se passer dans l'état actuel de la science psychiatrique.

Notre Faculté, qui voit chaque année s'augmenter rapidement le nombre de ses étudiants, est ainsi dans une période de véritable crise de développement, dont elle sortira pour ainsi dire rajeunie et toujours mieux outillée pour faire face aux exigences les plus variées des études médicales.

Je dois en terminant vous signaler encore une proposition qui vient d'être présentée par la Société médicale neuchâteloise aux diverses Facultés de médecine des Universités suisses. Nos confrères demandent l'organisation de cours de vacances, à l'instar de ce qui se fait dans un certain nombre d'Universités étrangères, spécialement en Autriche et en Allemagne, et de ce qui existe déjà chez nous pour d'autres Facultés. Cette proposition a été favorablement accueillie à Genève, mais elle rencontrera peut-être de sérieuses difficultés lorsqu'il s'agira de la réaliser pratiquement. Il n'en est pas moins vrai que cette organisation de *cours de vacances* destinés aux médecins praticiens serait, à notre avis, une heureuse innovation.

Votre bien dévoué, LADAME.

ECOLE DENTAIRE DE GENEVE.

I. — Cours.

Première année.

Premier semestre (HIVER).

Physique expérimentale. M. le Pr C. SORET (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Chimie inorganique.* M. le Pr C. GRÆBE (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Botanique médicale et pharmaceutique.* M. le Pr R. CHODAT (Faculté des sciences). Deux heures par semaine. — *Physiologie botanique.* M. le Pr THURY (Faculté des sciences). Deux heures par semaine. — *Zoologie et anatomie comparée des animaux invertébrés.* M. le Pr C. VOGT (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr LASKOWSKY (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire d'anatomie.* M. le Pr LASKOWSKI. Tous les jours.

Deuxième semestre (ÉTÉ).

Physique expérimentale. M. le Pr C. SORET (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Chimie organique.* M. le Pr C. GRÆBE (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Botanique médicale et pharmaceutique.* M. le Pr R. CHODAT (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Anatomie comparée et zoologie des animaux vertébrés* : M. le Pr C. VOGT (Faculté de sciences). Cinq heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr LASKOWSKI (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie.* M. le Pr SCHIFF (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire de chimie analytique.* M. le Pr D. MONNIER (Faculté des sciences). Tous les jours.

A la fin du deuxième semestre, examen propédeutique (partie scientifique).

Deuxième année.

Troisième semestre (HIVER).

Histologie normale. M. le professeur A. ETERNOD (Faculté de médecine). — Deux heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Partie normale.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Embryologie.* Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr LASKOWSKI (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie.* M. le Pr SCHIFF (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire d'anatomie.* — M. le Pr LASKOWSKI. Tous les jours.

Quatrième semestre (ÉTÉ).

Histologie normale. M. le Pr A. ETERNOD (Faculté de médecine). Quatre heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Partie pathologique.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr LASKOWSKI (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie.* M. le Pr SCHIFF (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Cliniques et policliniques chirurgicales.* M. le Pr G. JULLIARD (Faculté de médecine). Sept heures et demi par semaine. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale.* M. le Pr ETERNOD. Tous les jours, sauf le jeudi.

A la fin du quatrième semestre, examen propédeutique (partie médicale).

Troisième année.

Cinquième semestre (HIVER).

Anatomie et physiologie pathologiques générales. M. le Pr ZAHN (Faculté de Médecine). Six heures par semaine. — *Pathologie chirurgicale générale.* M. le Pr J. REVERDIN (Faculté de Médecine). Trois heures par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales.* M. le Pr G. JULLIARD (Faculté de Médecine).

Sept heures et demie par semaine. — *Prothèse.* M. E. METRAL (Ecole dentaire). Travaux pratiques dans les ateliers, tous les jours après midi.

Sixième semestre (ÉTÉ).

Pathologie chirurgicale. M. le Pr J. REVERDIN (Faculté de Médecine). Deux heures par semaine. — *Clinique dentaire.* M. le Pr C. REDARD (Ecole dentaire). Neuf heures par semaine. — *Pathologie et thérapeutique des maladies de la bouche.* Le même professeur. Deux heures par semaine.—*Hygiène et matières médicales en rapport avec l'art dentaire.* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Conférences et répétitions.* Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Prothèse.* M. E. MÉTRAL (Ecole dentaire). Travaux pratiques, dans les ateliers, tous les jours. — *Prothèse dentaire (celluloïde, vulcanite, métallurgie, procédés divers). Prothèse buccale (restauration faciale et palatine).* — Le même professeur. Une heure par semaine. — *Obturation et aurification.* M. E. MÉTRAL. Travaux pratiques, tous les jours après midi. *Matières plastiques et amalgames. Différents procédés d'aurification.* Le même professeur. Une heure par semaine.

Quatrième année.

Septième semestre (HIVER).

Clinique dentaire. M. le Pr C. REDARD. Neuf heures par semaine. — *Pathologie et thérapeutique des maladies de la bouche.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Hygiène et matières médicales en rapport avec l'art dentaire.* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Conférences et répétitions.* Le même professeur. Trois heures par semaine.— *Prothèse.* M. E. MÉTRAL. Travaux pratiques dans les ateliers, tous les jours. — *Prothèse dentaire (celluloïde, vulcanite, métallurgie, procédés divers). Prothèse buccale (restauration faciale et palatine).* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Obturation et aurification.* M. E. METRAL. Travaux pratiques, tous les jours après midi. — *Matières plastiques et amalgames. Différents procédés d'aurification.* Le même professeur. Une heure par semaine.

A la fin du septième semestre, examen professionnel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE.

Doyen : M. le Pr STILLING.

Semestre d'hiver.

M. BRUNNER, professeur ordinaire. *Chimie inorganique*, 5 heures ; *Toxicologie*, 1 heure ; *Travaux au laboratoire de chimie*, 3 après-midi. — M. Henri DUFOUR, professeur ordinaire. *Physique expérimentale* : Physique générale, thermique, acoustique, optique géométrique, 5 heures. — *Travaux pratiques au laboratoire*, 4 heures. — M. J. DUFOUR, professeur extraordinaire. *Physiologie végétale*, 1 heure. — M. WILCZEK, professeur extraordinaire. *Botanique systématique*, 1re partie : Morphologie, 1 heure. — *Laboratoire de botanique systématique*, un après-midi. — M. BLANC, prof. ord. *Zoologie* : Invertébrés, 5 h. *Anatomie et physiologie générales*, 3 heures ; *Laboratoire de zoologie et d'anatomie comparée*, 4 heures. — M. CHUARD. prof. extr. *Chimie analytique* (volumétrie). 1 heure. — M. BUGNION, prof. ord. *Anatomie descriptive* : Le squelette et les muscles, 4 h. *Anatomie descriptive* : Splanchnologie (par M. Aug. Roud, chef des travaux anatomiques), 3 heures ; *Travaux de dissection* : La salle est ouverte tous les jours, de 8 heures du matin à 7 heures du soir, sauf le samedi après midi et le dimanche. — M. HERZEN, prof. ord. *Physiologie* : Les fonctions de nutrition, 6 heures. — M. LOEWENTHAL, prof. extr. *Histologie* : Partie générale, 2 h. ; *Technique histologique*, 1 h. 1/2. — M. STILLING, prof. ord. *Anatomie et physiologie pathologiques générales* (pathologie générale), 4 heures. *Cours pratique d'anatomie pathologique* (démonstrations et autopsies), 4 heures ; *Travaux de laboratoire*, tous les jours, sauf le samedi après midi. — M. BOURGET, prof. ord. *Clinique médicale*, 7 h. 1/2. *Pathologie interne et conférences sur la thérapeutique générale*, 2 heures. *Laboratoire de chimie physiologique* (travaux sous la direction du chef de laboratoire), 1 h. — M. ROUX, prof. ord. *Chirurgie générale* : Inflammations aiguës), 3 h. *Clinique chirurgicale et gynécologique*, 1 h. 1/2 chaque jour. — M. RAPIN, prof. extr. *Clinique obstétricale*, 4 h. 1/2 ; *Obstétrique*, 2e partie, 2 heures. *Opérations obstétricales*, 2 h. — M. DUFOUR, prof. ord. *Clinique ophtalmologique*, 4 h. *Ophtalmologie* : Rétine nerf optique, 1 heure. — M. DEMIÉVILLE, professeur extraord. *Policlinique*, 3 fois par semaine. — M. RABOW, prof. extr. *Matière médicale*, 3 heures. — M. DEMIÉVILLE, prof. extr. *Policlinique*, 3 fois par semaine. — M. LARGUIER, prof. extr. (ne professe pas ce semestre), *Médecine légale*. — M. DIND, prof. extr. *Affections gonococciques. Maladies cutanées.* (Cours théorique avec démonstrations pratiques, 2 h. — M. L. SECRETAN, prof. extr. *Laryngologie* : Cours pratique, 2 heures. — M. COMBE, prof. extr. *Clinique infantile*, 2 heures. — M. GALLI-VALERIO, prof. extr. *Hygiène*, 2 heures. *Cours pratique de parasitologie*, 2 heures. — M. MAHAIM, prof. extr. *Clinique psychiâtrique*, 4 heures. *Psychiâtrie en général*, 1 heure. — M. EPERON, privat-docent. *Pgysiologie de la vision*, 1 heure. *Diagnostic et traitement des maladies des yeux* (exercices pratiques), 1 heure 1/2. — M. VERREY, privat-docent. *Policlinique ophtalmologique*, 2 heures. — M. G. ROSSIER, privat-docent. *Examen gynécologique*, cours pratique, 3 à 4 heures. — M. BERDEZ, privat-docent. *Electrothérapie et électricité médicale*, 1 h. — M. M. MURET, privat-docent. *Physiologie et pathologie de l'enfant nouveau-né* (gr.), 1 heure. *Cours pratique de diagnostic obstétrical au mannequin*, 2 h. *Diagnostic gynécologique*, cours pratique, 2 heures. *Maladies de l'ovaire* (gr.), 1 h. — M. Aug. DUFOUR, privat-docent. *Ophtalmoscopie* (gr.), 1 heure. — M. PERRET, privat-docent. *Clinique orthopédique* (Hospice orthopédique) 1 à 2 heures. — M. VULLIET, privat-docent. *Chirurgie spéciale* : *Face et cou*, 1 heure. — M. A. FOREL, prof. *Aperçu de psychologie au point de vue médical*, 1 h. — M. BIGHER, prof. *Zoologie appliquée* (Faculté des Sciences (pub.), 1 heure. — M. SCHENK, privat-docent. *Anthropologie générale* (Faculté des Sciences) (gr.), 1 heure.

ECOLE DE PHARMACIE.

M. BRUNNER, prof. ord., *Chimie inorganique*, 5 heures ; Chimie pharmaceutique, 2 heures ; Toxicologie, 1 heure ; Série aromatique (suite) (gr.), 1 heure ; Travaux au laboratoire de chimie, tous les jours, sauf le samedi. — M. BRÉLAZ, prof. extr., *Chimie industrielle*, 2e partie, 3 heures ; Analyses techniques, 2 heures. — M. CHUARD, prof. extr., *Chimie analytique* : Volumétrie, 1 heure ; Chimie agricole · Chapitres choisis, 2 heures. — M. BOURGET, prof. ord., *Chimie physiologique et pathologique*, 1 après-midi. — M Henri DUFOUR, prof. ord., *Physique expérimentale*, 5 heures ; Travaux pratiques au laboratoire, 1 après-midi. — M. J. DUFOUR, prof. extr., *Physiologie végétale*, 2 heures ; Maladies des plantes cultivées, 1 heure. — M. WILCZEK, prof. extr., *Morphologie et anatomie végétales*, 3 heures ; Microscopie botanique, 2 heures ; Travaux pratiques de morphologie végétale, 1 après-midi ; Botanique pharmaceutique, 2 heures ; Pharmacognosie, 2 heures ; Laboratoire de pharmacognosie, 1 après-midi. — M. RENEVIER, prof. ord., *Géologie générale*, 2 heures. — M. GOLLIEZ, prof. ext., *Minéralogie théorique*, 4 heures. — M. BLANC, prof. ord., *Zoologie* : Invertébrés, 5 heures ; Anatomie et physiologie générales, 3 heures ; Laboratoire de zoologie et d'anatomie comparée, 4 heures. — M. GALLI-VALERIO, prof. extr., *Hygiène*, 3 heures ; Parasitologie, 2 heures. — M. SEILER, privat-docent. *Analyse chimique des denrées alimentaires et des boissons*, 2 heures ; Analyse bactériologique générale, avec application à l'examen des denrées et des boissons, 2 heures.

Lausanne, 25 octobre, 1899.

M. le Dr BOURNEVILLE, directeur du *Progrès médical.*

Très honoré et cher confrère.

L'année universitaire qui vient de s'écouler a été bonne pour notre jeune Faculté de medecine, qui compte maintenant plus de 160 élèves, dont un tiers passé nous viennent de l'étranger (notamment d'Allemagne, de Russie et des pays danubiens).

Je n'ai que quelques changements à vous signaler dans le personnel enseignant de la Faculté, dont le doyen est encore, pour cette prochaine année, M. le Dr Stilling, professeur d'anatomie pathologique. Le Pr Rabow, l'auteur d'un formulaire bien connu et fort apprécié, à quitté la direction de l'Asile des aliénés de Cery et l'enseignement de la psychiatrie qu'il y donnait, pour prendre la chaire de thérapeutique et matière médicale, laissée vacante par la nomination du titulaire (Pr Bourget) à la chaire de clinique médicale. M. Rabow a été remplacé par le Dr Mahaim (de Liège), un jeune aliéniste très-distingué, ancien élève de Forel. Le cours de psychiâtrie dont il est chargé se donne à l'asile de Céry, établissement situé à environ quarante minutes de Lausanne, à laquelle il est relié par un chemin de fer à voie étroite, et un peu moins directement, il est vrai, par une ligne de tramways électriques. L'asile de Cery héberge environ 500 malades ; c'est là, vous le voyez, une collection des plus riches pour l'instruction clinique de nos étudiants. Peut-être vous intéresserai-je en ajoutant, incidemment, que les deux éminents spécialistes plus

haut désignés ont présenté chacun au gouvernement vaudois un rapport très étudié sur la construction d'un nouvel asile pour criminels aliénés ou fous dangereux. Leurs conclusions sont de nature à activer, très probablement, dans notre pays, la solution de la question du traitement à appliquer à cette catégorie de malades.

L'enseignement de l'hygiène, laissé vacant par la mort regrettable du Pr Nicolas, a été attribué à M. le Dr Galli-Valério, que je vous ai déjà présenté, dans une de mes précédentes correspondances, comme professeur de bactériologie. Ce savant dirige à la fois le laboratoire de bactériologie et celui d'hygiène, de même que le *musée d'hygiène*, récemment créé.

Le cours de médecine légale, professé par M. le Dr Larguier, est donné seulement en été, à la fois aux étudiants de la Faculté de médecine et à ceux de la Faculté de droit.

Je vous ai déjà annoncé, sauf erreur, l'an passé, la création d'une chaire de pédiâtrie, confiée à M. le Dr Combe, chef d'un service d'enfants malades à l'hôpital cantonal. L'enseignement de la médecine infantile compte un représentant distingué de plus dans la personne du Dr Perret, un ancien élève de Roux, nommé récemment professeur d'orthopédie.

Inutile de vous vanter les mérites des cliniques chirurgicale, médicale et ophtalmologique de Lausanne. Les noms de leurs titulaires, les Prs Dufour, Roux et Bourget sont bien connus en France, comme du reste partout.

Veuillez agréer, très-honoré et cher confrère, l'expression de mes sentiments bien dévoués. Dr EPERON.

C. Canada.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL DE QUÉBEC.

Doyen : M. Alfr. SIMARD. — *Secrétaire* : M. A. MAROIS.

Anatomie : M. Arth. SIMARD et M. AHERN. — *Physiologie* : M. Alfr. SIMARD. — *Pathologie générale* : M. Alfr. SIMARD. — *Pathologie interne* : M. VERGE. — *Pathologie externe* : M. CATELIER. — *Tocologie* : M. VALLÉE. — *Médecine opératoire* : M. HAERN. — *Matière médicale* : M. WELLS. — *Matière médicale, thérapeutique et clinique interne* : M. TURCOT. — *Pédiâtrie, maladies nerveuses* : M. BROCHU. — *Médecine légale et toxicologie* : M. A. MAROIS. — *Histologie* : M. HAMEL. — *Clinique chirurgicale* : M. AHERN. — *Maladies des enfants* : M. VERGE. — *Clinique chirurgicale* : M. CATELIER. — *Maladies mentales* : M. VALLÉE. — *Maladies des vieillards* : M. HAERN. — *Gynécologie* : GRONDIN. — *Rhinolaryngologie* : COOTE. — *Pediâtrie et Hygiène* : FORTIER.

FACULTÉ DE MÉDECINE (UNIVERSITÉ LAVAL) DE MONTRÉAL.

Président : J.-P. ROTTOT. — Secrétaire : L.-D. MIGNAULT. Trésorier : J.-P. BEAUCHAMP.

Pathologie et clinique internes : J.-P. ROTTOT, DEMERS, GUÉRIN. — *Physiologie et Electricité médicale* : DUVAL. — *Anatomie descriptive* : L.-D. MIGNAULT. — *Chimie et toxicologie* : N. FAFARD. — *Clinique chirurgicale* : A.-T. BROSSEAU, W.-H. HINGSTON. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : J.-A.-S. BRUNELLE. — *Anatomie pratique* : J.-P. CHARTRAND. — *Hygiène, Déontologie médicale et Histoire de la Médecine* : E. PERSILLIER, LACHAPELLE. — *Pédiatrie et pathologie générale* : S. LACHAPELLE. — *Clinique d'oculistique et d'otologie* : L.-E. DESJARDINS et A. FOUCHER. — *Clinique obstétricale* : A. DAGENAIS et J.-B.-A. LAMARCHE. — *Jurisprudence médicale et de maladies mentales* : L.-B. DUROCHER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE. — *Gynécologie* : M. Th. BRENNAN. — *Matière médicale* : H. HERVIEUX. — *Médecine légale* : VILLENEUVE. — *Obstétrique* : DE COTRET. — *Démonstrateurs d'anatomie* : DELORME, FORTIER, MOREAU, RIVET. — *Histologie* : MARIEN. — *Bactériologie et Anatomie pathologique* : PARIZEAU. — *Pathologie interne* : BENOIT.

La Faculté de Médecine à Montréal songe sérieusement à faire venir de France un professeur pour occuper la chaire d'anatomie pathologique, professeur qui recevrait ses émoluments d'un fonds spécial créé à cet effet par souscription. Le projet est dès maintenant à l'étude, et un certain nombre de médecins canadiens ont garanti, le cas échéant, une somme de 10.000 francs.

Les élèves de Québec et de Montréal doivent subir leurs examens en présence des représentants du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec pour obtenir leur licence ou patente de pratique.

D. Turquie d'Asie.

FACULTÉ FRANÇAISE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BEYROUTH (TURQUIE D'ASIE).

Année scolaire 1899-1900.

Distribution des cours. — Chaires.

Chancelier : P. CATTIN

Anatomie, Physiologie et Histologie : M. NÈGRE. — *Clinique et pathologie internes* : M. de BRUN. — *Clinique et pathologie externes* : M. HACHE. — *Thérapeutique, hygiène et médecine légale* : M. LA BONNARDIÈRE. — *Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie* : M. ROUVIER. — *Matière médicale et Pharmacie* : M. GUIGUES. — *Chimie médicale* : M. SOULERIN. — *Histoire naturelle et Bactériologie* : M. BOULOUMOY. — *Physique médicale* : M. COLLANGETTES. — *Ophtalmologie* : M. CHAKER-KHOURY, chargé de cours.

Le Gouvernement Ottoman a reconnu officiellement l'existence de la Faculté et les examens du doctorat vont être soutenus en novembre devant un jury mixte composé de trois membres appartenant aux Facultés de l'Etat de France, de trois membres appartenant à l'Ecole de médecine de Constantinople, enfin, des professeurs de la Faculté de Beyrouth. Le Pr Cornil, le Pr Mayet (de Lyon), et le Dr Walther sont désignés pour faire partie du jury représentant les Facultés françaises. Le nombre des élèves allant toujours croissant (ils étaient environ 140, l'année dernière), la Faculté a acheté un terrain de plus de 3 hectares sur l'emplacement duquel elle va construire une nouvelle Faculté.

Cliniques.

Clinique médicale : M. de BRUN (3 fois par semaine). — *Clinique chirurgicale* : M. HACHE (3 fois par semaine). — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. ROUVIER (3 fois par semaine). — *Polyclinique* : M. BOYER (3 fois par semaine). — *Clinique ophtalmologique* : M. CHAKER-KHOURY (1 fois par semaine) (1).

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

Nous signalons à nos lecteurs l'**Educational Number** du *British Medical Journal* (26 août) et **The Student's Number** de *The Lancet* (2 septembre) qui contiennent tous les renseignements relatifs à l'enseignement de la médecine en Angleterre, en Ecosse et en Irlande.

(1) On nous écrit de Beyrouth, 12 octobre : Le jury d'examen chargé de décerner les diplômes aux élèves de la Faculté française de Beyrouth vient d'être désigné. Il sera présidé par le professeur Cornil, de la Faculté de Paris, sénateur de l'Allier. Les opérations commenceront en novembre. D'accord avec le Gouvernement français, les jésuites viennent d'acheter un terrain considérable pour rebâtir la Faculté de Médecine, qui se trouve trop petite par suite de l'affluence des élèves. Les travaux de reconstruction sont estimés à 2 millions, qui seraient fournis en majeure partie par l'ordre des jésuites. La nouvelle Faculté serait installée avec les derniers perfectionnements scientifiques. (*Le Temps*, 21 octobre 1899.)

ASILES DES ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour la nomination aux places d'Interne titulaire en Médecine vacantes au 1er janvier 1900 dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, Asile Clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif, et l'infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de Police.* — Le lundi 4 décembre 1899, à midi précis, il sera ouvert, à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine vacantes dans lesdits Etablissements au 1er janvier 1900. Les candidats qui désirent prendre part à ce Concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Service des Aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de *midi à cinq heures*, du *Lundi* 6 au *Samedi* 18 *Novembre* 1899 *inclusivement*. (*Voir* p. 320.)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr BARTHÈS, médecin des écoles d'Ivry, a été nommé officier d'académie. Cette distinction est tout à fait méritée.

OUVERTURE DES COURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie. — Professeur : M. BROUARDEL. — I. *Cours de médecine légale pratique à la Morgue.* — Le cours de médecine légale pratique commencera, à la Morgue, le mercredi 9 novembre 1899, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Ordre du cours : les mercredis, M. le Pr Brouardel ; les vendredis, M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis, M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — II. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.* — Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 12 novembre 1898, les mardis, jeudis et samedis : Ordre du cours : les jeudis, à 4 heures, M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les mardis, à 3 heures, M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; les samedis, à 3 heures, M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie. — III. *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique, aux conférences et au laboratoire de chimie :* Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat. — Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique. Ces élèves seront inscrits au laboratoire, et après autorisation du Doyen, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance des droits prescrits (50 francs par trimestre).

Cours de clinique médicale. — M. le Pr POTAIN commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 9 novembre 1899, à 10 heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure. La visite des malades aura lieu à 8 heures et demie du matin. Leçons de séméiologie, par M. Teissier, chef de clinique, les vendredis à 10 heures. Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Sucard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. GAUCHER, agrégé commencera ses conférences le dimanche 19 novembre 1899, à 10 h. 1/2 du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'Amphithéâtre des cliniques, et les continuera tous les dimanches, à la même heure.

Cours d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie. — M. le Pr BRISSAUD commencera le Cours d'histoire de la Médecine et de la Chirurgie le samedi 18 novembre 1899, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le Pr PINARD commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le lundi 7 novembre 1899, à 10 heures du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les vendredis et lundis suivants à 9 heures. Ordre du cours : lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'Amphithéâtre, par le professeur. Mercredi, leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Segond, agrégé. Autres jours, leçons et opérations de chirurgie infantile, par le Dr Kirmisson, agrégé; anatomie obstétricale pathologique, par le Dr Varnier, agrégé ; leçons de diagnostic obstétrical, par le Dr Funck Brentano, chef de clinique ; kinésithérapie gynécologique, par le Dr Stapfer, ex-chef de clinique. Cours pratique et manœuvres obstétricales par les Drs Wallich, agrégé, Potocki, Bouffe de Saint-Blaise et Baudron, accoucheurs des hôpitaux, Paquy, chef de laboratoire.

Cours de chimie médicale. — M. le Pr GAUTIER, membre de l'Institut, commencera le cours de chimie médicale le mardi 9 novembre 1898, à midi (grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr LE DENTU commencera le cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker le vendredi 10 novembre 1899, à 9 h. et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. Opérations les mardis et vendredis dans le grand Amphithéâtre, après les leçons, et le jeudi, à 9 heures, dans le service spécial de gynécologie.

Clinique médicale. — M. le Pr JACCOUD reprendra son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié, le mardi 14 novembre 1899, à 10 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le Pr CORNIL commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 17 novembre 1899, à 5 heures de l'après-midi (petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (deuxième étage). Sujet du cours : Anatomie pathologique des organes génitaux de l'homme et de la femme.

Cours d'anatomie. — M. le Pr FARABEUF commencera le cours d'anatomie le lundi 7 novembre 1899, à 4 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundi, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : L'abdomen et le bassin ; les viscères qui y sont contenus.

Cours de physiologie. — M. le Pr Ch. RICHET commencera le cours de physiologie le mercredi 8 novembre 1899, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le Pr DIEULAFOY commencera son cours de clinique médicale le samedi 19 novembre 1899, à 10 heures et demie, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure (amphithéâtre Trousseau). Visite des malades (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne) tous les jours, à 9 heures.

Cours de pharmacologie et matière médicale. — M. le Pr Gabriel POUCHET commencera le cours de pharmacologie le mardi 7 novembre 1899, à 4 heures de l'après-midi (amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Etude des modificateurs du système nerveux central. Fin des hypnotiques ; Modificateurs intellectuels; Modificateurs de la thermogenèse ; Antithermiques et analgésiques. — Ordre du cours : Mardi et samedi ; leçon théorique. Jeudi : conférences pratiques et interrogations. (Ces conférences auront lieu pendant toute la durée de l'année scolaire.)

Cours élémentaires et exercices pratiques de bactériologie, sous la direction de M. le Pr CORNIL et de M. le Dr BESANÇON, chef du Laboratoire de bactériologie. — Une série de cours et exercices pratiques de bactériologie aura lieu, pendant l'année scolaire 1899-1900, à des dates qui seront fixées par des affiches. Le premier cours commencera le mardi 15 novembre 1899, à 2 heures, au laboratoire de bactériologie, à l'école pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se continuera les jours suivants, excepté le vendredi, de 2 à 5 heures. — Le droit à payer pour chaque cours est de 50 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Physique biologique. — M. le Pr GARIEL, commencera le cours de physique biologique le mercredi 9 novembre 1899, à 5 heures (amphithéâtre de physique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Applications physiologiques et médicales de l'optique, de l'acoustique et de l'électricité. — Ce cours est destiné aux Elèves de 1re et de 2e années.

Pathologie chirurgicale. — M. le Pr LANNELONGUE commencera le cours de pathologie chirurgicale le lundi 7 novembre 1899, à 3 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au laboratoire de pathologie externe, à l'Ecole pratique.

Cours de clinique des maladies du système nerveux. — M. le Pr RAYMOND commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux, le vendredi 17 novembre 1899, à 10 heures du matin (Hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure. — Programme d'enseignement supplémentaire : Séméiologie des maladies du système nerveux, M. le Dr Cestan. — Histologie normale et pathologique du système nerveux, M. le Dr Philippe. — Psychologie clinique, M. le Dr Janet. — Electrodiagnostic et électrothérapie, M. le Dr Huet. — Examen du larynx, M. le Dr Cartaz. — Examen des yeux, M. le Dr Sauvineau. — Examen des oreilles, M. le Dr Gellé.

Cours de clinique des maladies des voies urinaires. — M. le Pr GUYON reprendra ses leçons le mercredi 15 novembre 1899, à 9 heures (hôpital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

Clinique d'accouchements et de gynécologie (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). — M. le Pr BUDIN commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le samedi 11 novembre 1899, à 9 heures du matin (Clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — *Ordre du cours* : mardi et samedi : Leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à 9 heures. — Prendront part à l'enseignement : M. le Dr SCHWAAB, chef de Clinique; — MM. GALIPPE, NICLOUX, MACÉ, BOUCHACOURT, attachés aux Laboratoires; — MM. les Drs DÉMELIN et BRINDEAU, accoucheurs des hôpitaux; — MM. les Drs DUBRISAY et CHAVANE, anciens chefs de Clinique ; — MM. les Drs PERRET, PLANCHON, THOYER-ROZAT, CHÉRON et GLAIZE, moniteurs.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. le Pr CHANTEMESSE commencera le cours de pathologie expérimentale comparée le lundi 8 novembre 1899, à 4 heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (école pratique, 1er étage). — Objet du cours : La bactériologie dans ses applications à la médecine; technique bactériologique; principales maladies bactériennes communes à l'homme et aux animaux.

Cours d'histologie. — M. le Pr MATHIAS-DUVAL commencera le Cours d'Histologie le jeudi 9 novembre 1899, à 5 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : la cellule en général; les cellules nerveuses en particulier; le système nerveux; la peau et les organes des sens.

Cours de pathologie interne. — M. le Pr DEBOVE commencera le Cours de pathologie interne le samedi 5 novembre 1899, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Intoxications.

Conférences de pathologie externe. — M. LEJARS, agrégé, commencera ses conférences le jeudi 9 novembre 1899, à 4 heures (grand Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. *Sujet du cours* : Maladies chirurgicales de la poitrine et de l'abdomen.

Clinique ophtalmologique. — M. le Pr PANAS commencera le cours de clinique ophtalmologique le lundi 6 novembre 1899, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Clinique et opérations à 10 heures. Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Pr Alfred FOURNIER commencera ce cours le vendredi 11 novembre 1899, à neuf heures et demie du matin (Hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredi suivants, à la même heure.

Cours de thérapeutique. — M. le Pr LANDOUZY commencera le cours de thérapeutique le lundi 6 novembre 1899, à 3 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Programme du cours : indications thérapeutiques et médications dans les affections de l'appareil respiratoire. Traitement de la phtisie pulmonaire.

Cours de clinique médicale. — M. le Pr G. HAYEM commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le samedi 11 novembre 1899, à 10 heures, au pavillon Moiana, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Les mardis et samedis : leçon sur les malades. Le jeudi : Technique clinique, par M. le Dr THIERCELIN, chef de Clinique.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr DUPLAY commencera son cours le mardi 8 novembre 1899, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — *Ordre du cours* : Lundi. Visite et examen des malades (salles des hommes). Mardi. Leçon clinique et opérations. Amphithéâtre de la clinique, à 9 heures et demie. Mercredi. Visite et examen des malades (salle des femmes). Jeudi. Opérations. (Chirurgie abdominale). Vendredi. Leçons clinique et opérations. Amphithéâtre de la clinique, à 9 h. et demie. Samedi, exercices gynéologiques (salles des femmes et du spéculum). — *Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir.* 1° Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. le Dr Cazin, chef de clinique. Mardi, à 5 heures et demie (amphithéâtre de la clinique). 2° Exercices cliniques. Examen des malades par les élèves, sous la direction de M. le Dr Cazin. Samedi, à 5 heures et demie (amphithéâtre de la clinique). 3° Conférences de gynécologie. Séméiologie et méthodes d'exploration par M. le Dr Clado, chef des travaux gynécologiques. Lundi, à 5 heures (amphithéâtre de la clinique). 4° Exercices de gynécologie. Examen des femmes par les élèves, sous la direction de M. le Dr Clado. Mercredi, à 5 heures (salle du spéculum). 5° Conférences et exercices pratiques de bactériologie, d'anatomie et de physiologie pathologiques par M. le Dr Hallion, chef du laboratoire; Mercredi, à 11 heures (Amphithéâtre Bichat). 6° Conférences et exercices pratiques de chimie biologique et pathologique, par M. Savoire, chef-adjoint du laboratoire. Jeudi à 11 h. 1/2 (Amphithéâtre Bichat). 7° Conférences d'otologie et de rhinologie (méthodes d'exploration. Examen des malades, etc.), par M. le Dr Martha. Mardi, à 4 heures et vendredi, à 5 heures.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr TILLAUX commencera son cours de clinique chirurgicale le lundi 6 novembre 1899, à 9 heures du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Lundi et vendredi, à 5 h. 1/4, exercices cliniques sous la direction de M. le Dr Auvray, chef de clinique.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le Pr JOFFROY commencera le cours de clinique des maladies mentales le mercredi 8 novembre 1899, à neuf heures et demie du matin, à l'amphithéâtre de l'Asile de Sainte-Anne, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de clinique des maladies des enfants. — Professeur : M. GRANCHER. M. MARFAN, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies infantiles le vendredi 10 novembre 1899, à 10 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. — M. le Dr Jacquot, médecin des hôpitaux : maladies de la peau, les mercredis, à 10 heures. — M. le Dr Cuvillier : maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les samedis, à 10 heures. — M. le Dr Larat : Electrothérapie, les jeudis, à 10 heures.

Radioscopie médicale. — M. le Dr A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera, le dimanche 5 novembre, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de Conférences et d'exercices pratiques : à 10 heures : *Conférences de radiologie* (Les rayons de Rœntgen : moyens de production, modes d'emploi, applications au diagnostic médical) ; à 10 h. 1/2 : *Présentation et examen radioscopique des malades.* Le samedi matin, à 10 h. 1/2, examen radioscopique des malades indigents adressés dans ce but par leur médecin à M. Béclère.

Conférences de pathologie interne. — M. ROGER, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 10 novembre 1899, à 6 h. (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences d'Hygiène. — M. NETTER, agrégé, commencera ces conférences le samedi 11 novembre 1899 et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à 5 heures, dans le grand amphithéâtre. Les samedis, à partir du 16 novembre, la conférence aura lieu, à 3 heures, au laboratoire d'hygiène (Ecole pratique).

Laboratoire de pharmacologie et de matière médicale. — Etude du Droguier. Le laboratoire de pharmacologie et de matière médicale est ouvert à MM. les Etudiants de 3e, de 4e et 5e années pour l'étude du Droguier. — Pour être mis en série, MM. les Etudiants devront se faire inscrire au laboratoire les mardis, jeudis et samedis, de 3 à 4 heures, sur la présentation de leur carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits prescrits (15 francs). Le nombre de places de chaque série est limité à 50. Une convocation spéciale leur sera adressée pour indiquer les jours et heures où ils seront admis aux travaux et interrogations.

Conférences d'obstétrique. — M. WALLICH, agrégé, commencera ces Conférences le jeudi 9 novembre 1899, à 6 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie générale élémentaire. — M. ACHARD, agrégé, commencera les conférences de pathologie générale élémentaire le jeudi 9 novembre 1899, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Ces conférences sont spécialement destinées aux étudiants de première année (nouveau régime).

Conférences de chimie biologique. — M. DESGREZ, agrégé, commencera ces Conférences le mercredi 8 novembre 1899 à midi (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté) et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivant à la même heure. La Conférence du vendredi sera consacrée à des explications complémentaires, théoriques ou pratiques, sur des sujets déjà traités ou sur des questions afférentes à la clinique, qui pourraient intéresser les auditeurs.

Conférences de pathologie générale élémentaire (propédeutique). — M. MÉNÉTRIER, agrégé, commencera les conférences de pathologie générale élémentaire (propédeutique) le vendredi 3 novembre 1899, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Ces conférences sont destinées surtout aux étudiants de première année (nouveau régime).

Conférences de médecine légale. — M. THOINOT, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 10 novembre 1899, à 4 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis mercredis, et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le Pr BERGER commencera le cours de clinique chirurgicale le lundi 6 novembre 1899, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Conférence de gynécologie pratique, les mercredis, à 10 heures du matin, par M. Reblaud. Conférence sur la bactériologie et l'anatomie pathologique, les jeudis, à 10 heures du matin, par M. Besançon. Examen des malades, visite dans les salles et opérations, tous les jours, à 9 heures moins un quart.

Cours et exercices pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie. — 1° *Cours.* M. le Dr CASTEX, chargé de cours complémentaire, reprendra son cours, à l'*Amphithéâtre Cruveilhier* (école pratique), le mardi 14 novembre 1899, à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Le cours est public et gratuit. — 2° *Exercices pratiques* sous la direction de M. le Dr CASTEX, assisté de MM. les Drs COLLINET, CHAILLOUS et RABÉ, anciens internes des hôpitaux. *Examen et traitement des malades* tous les jours de 3 heures à 5 heures. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le Dr BRAULT, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique ont lieu à partir du 9 novembre 1899 tous les jours de 2 heures à 3 heures. MM. les étudiants, pourvus de treize inscriptions régulières (la treizième ayant été prise en octobre-novembre 1898), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2) tous les jours, à partir du lundi 12 octobre 1899, jusqu'au samedi 21 novembre inclus, et de midi à trois heures. — Ils peuvent demander leur inscription par écrit. Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Exercices de Dissection, sous la direction de M. QUÉNU, agrégé de la Faculté, directeur des travaux scientifiques de l'Amphithéâtre d'anatomie des Hopitaux. — Ces exercices commenceront à l'Amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, n° 17) : le lundi, 30 octobre 1899, pour les débutants (ostéologie) ; et le lundi 6 novembre 1899, pour les vétérans (dissection). Les élèves désignés recevront une lettre de convocation individuelle.

Anatomie (Cours du chef des travaux). — M. RIEFFEL, chef des Travaux anatomiques, commencera son Cours le mardi 14 novembre 1899, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Objet du cours : Anatomie descriptive et topographique des organes des sens et de l'appareil respiratoire.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques, obligatoires pour les étudiants en médecine, pendant le semestre d'hiver, sont pour le doctorat (nouveau régime) : 1re année : physique biologique, chimie biologique, histologie, dissection ; 2e année : dissection ; 3e année : anatomie pathologique, parasitologie ; (ancien régime) : 2e et 3e année : dissection ; 4e année : anatomie pathologique. — Ces travaux auront lieu, à partir du 3 novembre 1899, aux jours et heures ci-après indiqués, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. 1° *Physique biologique* : sous la direction de M. WEISS, agrégé, chef des travaux. Mardi et vendredi, de 9 heures à 11 heures du matin. — 2° *Chimie biologique* : sous la direction de M. HANRIOT, agrégé, chef des travaux. Mardi, jeudi et samedi, de 9 heures à 11 heures du matin. — 3° *Histologie* : sous la direction de M. RETTERER, agrégé, chef des travaux. Lundi et mercredi, de 9 heures à 11 heures du matin. — 4° *Dissection* : sous la direction de M. RIEFFEL, chef des travaux. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures. (*Voir l'affiche spéciale.*) — 5° *Anatomie pathologique* : sous la direction de M. BRAULT, chef des travaux. Tous les jours, de 1 heure à 3 h. — 6° *Parasitologie* : sous la direction de M. GUIART, chef des travaux. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 heure à 3 heures. — MM. les étudiants, en cours régulier d'études, seront convoqués par lettre individuelle, d'après l'ordre de la prise de l'inscription du 1er trimestre 1899-1900. Il leur est recommandé : 1° de prendre régulièrement l'inscription de janvier, s'ils veulent être maintenus sur la liste d'appel ; 2° de faire connaître leur changement d'adresse s'il y a lieu. — MM. les étudiants, en cours irrégulier d'études, soumis aux travaux pratiques obligatoires ; — ceux, par qui ces travaux ont été accomplis, mais qui désireraient de nouveau y prendre part, — devront au préalable demander, par écrit, au doyen, l'autorisation nécessaire. Ils auront à acquitter, après immatriculation, un droit trimestriel de 15 francs pour chacun des travaux.

AVIS A NOS LECTEURS

Le premier article du **Numéro des Étudiants** *devait être consacré à l'***Enseignement de la médecine légale en France**. *Nous n'avons pu réaliser ce projet, une partie des renseignements nous étant parvenus trop tard. Nous remercions vivement nos correspondants et, dans un prochain numéro, nous utiliserons les documents qu'ils ont eu l'obligeance de nous adresser.*

Le prix d'abonnement au PROGRÈS MÉDICAL *est réduit au prix* **uniforme** *de* **DOUZE francs** *pour les* **Docteurs** *et les* **Etudiants.** *Ceux de nos lecteurs qui s'abonnent dès maintenant recevront le journal gratuitement jusqu'au 31 décembre, l'abonnement partant du premier janvier 1900.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Professeur en congé.* — M. Gariel, professeur de physique médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, est mis, sur sa demande, en congé pour l'année 1899-1900. Il sera suppléé par M. Broca, agrégé de physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Ghérardi, adjudant au 105e régiment d'infanterie, a été nommé appariteur à ladite faculté.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. le Dr Labarrière est institué, pour une période de 9 ans, chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — Un concours s'ouvrira, le 24 avril 1900, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — Un concours s'ouvrira le 7 mai 1900, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ENGAGEMENT DES ÉLÈVES DE L'ECOLE DE SANTÉ ET DE L'ECOLE D'ADMINISTRATION. — Aux termes d'un décret du 5 juin 1899, les élèves de l'Ecole de santé militaire et ceux des Ecoles vétérinaires qui précédemment devaient souscrire un engagement d'une durée de trois ans et s'obligeaient, en outre, à servir pendant six années dans l'armée active à partir de leur nomination au grade de médecin aide-major ou d'aide-vétérinaire ne seront plus désormais astreints qu'à contracter, au moment de leur entrée à l'Ecole, un engagement militaire spécial d'une durée de six ans à compter de leur nomination d'aide-médecin ou d'aide-vétérinaire. Le Ministre de la Marine vient de rendre applicables les dispositions de ce décret aux élèves de l'Ecole principale du service de santé de la marine et de l'Ecole d'administration des élèves commissaires dont la situation est la même au point de vue des obligations militaires. (*Le Temps* du 18 octobre 1899.)

VARIA

A propos du Concours de l'Internat.

Le dernier Concours de l'Internat ne s'est pas effectué sans protestations de la part des candidats et les journaux politiques ont enregistré, commenté, amplifié comme il convient, les doléances des uns, suivies des protestations des autres. Comme notre confrère de la *Gazette des Hôpitaux*, nous n'aimons guère voir la presse politique s'occuper des questions médicales: elle a trop de tendance à exploiter contre le médecin les plus petits incidents et la médecine, qui doit s'imposer au malade un peu comme un article de foi, perd toujours à voir discuter ses grands prêtres comme ses simples fidèles.

Nous ne pensons pas non plus que le fait de publier *urbi* et *orbi* que les jurys de l'Internat n'offrent pas les garanties d'impartialité nécessaires, que le Concours est mal surveillé, que les fraudes y sont constantes, soit un excellent moyen de rehausser le prestige des fonctions d'internes pour lesquelles les candidats protestataires ont cependant fait un si grand effort de travail. Les pétitions et les protestations que tout le monde doit avoir le droit de formuler, gagneraient, nous n'en doutons pas, à rester inédites et les suppliques ne devraient s'adresser qu'aux juges du Concours ou à l'Administration.

Peut-être, les convenances étant plus respectées, les réclamations seraient plus écoutées dans ce qu'elles ont de juste. Il faut bien avouer en effet que, malgré les exagérations des publicistes, étrangers au monde médical, il y a quelque chose de réel dans les abus signalés. Nous ne voulons pas certes parler, des protestations contre certains membres de jury. Elles ne paraissent pas être nées spontanément parmi les candidats. Mais, quand on parle de la possibilité des fraudes, du manque de surveillance, de l'envahissement de la salle du Concours au début et à la fin de la séance de l'épreuve écrite et du tohu-bohu indescriptible qui y règne : on ne dit que l'exacte réalité.

Nous ne croyons pas que les fraudes soient fréquentes, mais elles peuvent se pratiquer. Nous ne pensons pas qu'une indication donnée à la hâte par un ami plus ancien et plus savant suffise au succès d'un candidat ignorant, mais elle peut permettre d'éviter une erreur et met en état d'infériorité celui qui ne peut compter que sur ses propres lumières. Nous avons garde d'être convaincu que, profitant du manque de surveillance, certains aient recours à l'usage des notes ou à la bienveillance du voisin trop complaisant, mais il est, croyons-nous, dangereux de donner ainsi la tentation de tricher à ceux dont la moralité se borne au désir d'arriver, et il en est toujours dans le nombre. Les candidats, dira-t-on, se surveillent entre eux; certainement, mais c'est un mauvais système et beaucoup préfèrent un échec à l'obligation d'une délation légitime mais qui, somme toute, n'en reste pas moins une délation. Aussi serait-il sage de la part de l'Administration de multiplier les mesures de surveillance et d'empêcher le désordre, les candidats sérieux ne sauraient s'en plaindre et ce sont ici les seuls intéressants. J. Noir.

Les épidémies.

La Peste à Oporto.

Oporto, le 30 *octobre.* — Pendant la semaine, on a enregistré 28 cas de peste et 8 décès. Aujourd'hui, on a constaté 1 cas et 1 décès.

La Peste à l'île Maurice.

On annonce de Londres que le rapport du gouvernement de l'île Maurice indique, pour la semaine terminée le 26 octobre, 89 nouveaux cas de peste, 57 décès.

La Peste au Brésil.

On a constaté depuis dix jours au Brésil 9 cas suspects suivis de 3 décès. Le 23, deux nouveaux cas suspects ont été constatés à Santos. Le Dr Lutz, directeur de l'Institut bactériologique de Santos, qui a reconnu l'existence de la peste, enverra ses cultures au Dr Yersin. Le Dr Chapot-Prévost, le bactériologiste de Rio, est actuellement a Santos où il a été appelé par la municipalité. Il a procédé à des expériences sur les malades et conclut dans son rapport à l'existence de la peste. Trois cas constatés se sont produits dans la maison d'un Italien. Les malades ont été isolés; l'un a sucombé, un autre est dans un état grave, le troisième va mieux. L'existence de la peste bubonique a été officiellement reconnue dans le port de Santos (Sao-Paulo). Le gouvernement a déclaré ce port fermé aux navires venant des autres points de la côte brésilienne. Les gouvernements de la République argentine et de l'Uruguay, ont décrété une quarantaine de dix jours sur les provenances de Santos et de cinq jours pour les autres ports du Brésil, après désinfection. (*Gaz. Méd. de Paris.*)

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 6. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Kirmisson, Poirier, Lepage. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Delbet, Sébileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Broca (Aug.), Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Tuffier, Lejars, Legueu. — (2e *partie*) : MM. Potain, Déjerine, Teissier.

Mardi 7. — 2e *de Doctorat* : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Berger, Budin, Hartmann. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Brun, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Debove, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Hutinel, Thoinot, Thiroloix.

Mercredi 8. — Médecine opératoire : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Legueu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Lannelongue, Mauclaire, Wallich. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Ch. Richet, Poirier, Sébileau.

Jeudi 9. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Budin, Brun, Thiéry. — (2e *partie*) : MM. Debove, Charrin, Vaquez.

Vendredi 10. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Thoinot, Teissier — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Poirier, Retterer, Sébileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Jalaguier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Tuffier, Delbet, Broca (Auguste). — (2e *partie*) : MM. Hayem, Déjerine, Méry. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 11. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Achard, Thiroloix. — 1er de Chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Thiéry, Langlois. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Rémy, Poirier, Brun. — (2e *partie*) : MM. Joffroy, Ballet, Vaquez. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 8. — M. Bizard. Les injections intra-cérébrales. — M. Jeannerat. Contribution à l'étude de l'hérédité paratuberculeuse. M. Monel. Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse des reins. — M. Colmaire. De la panniculite en gynécologie.

Jeudi 9. — M. Surrel. De l'expulsion du sac amniotique intact avec ou sans rétention du placenta. Considérations médico-légales. — M. Maquart. Contribution à l'étude du traitement de l'infection vésicale par la taille hypogastrique. — M. Guibert. Traitement de la syphilis tertiaire par les injections d'huile biodurée de mercure. — Mlle Bourdes. Ce qu'on pense de la fièvre ganglionnaire.

AVIS A NOS LECTEURS

Nous appelons, d'une façon toute particulière, l'attention de nos lecteurs sur toutes les annonces contenues dans le **Numéro des Etudiants**.

Ecole supérieure de Pharmacie. — Sont nommés, pour l'année 1899-1900 : Chef des travaux pratiques de micrographie, M Guérin, docteur ès sciences, préparateur de botanique, en remplacement de M. Perrot, appelé à d'autres fonctions. — Chef des travaux pratiques de chimie (1re année), et M. Guerbet, docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe — Sous-chef des travaux pratiques de chimie (1re année), M. Cousin, docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, préparateur des travaux pratiques de chimie (2e année), en remplacement de M. Moureu, appelé à d'autres fonctions. M. Broca, agrégé (section de physique), et agrégé, en outre, pour l'année scolaire 1899-1900, d'un cours de physique médical.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le Dr Chénieux, professeur de clinique chirurgicale, est nommé pour une période de 3 ans, directeur de ladite Ecole.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 8 oct. au samedi 14 oct. 1899, les naissances ont été au nombre de 1123, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 428, illégitimes, 149. Total, 577. — *Sexe féminin* : légitimes, 426, illégitimes, 184. Total, 610.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 8 oct. au samedi 14 oct. 1899, les décès ont été au nombre de 864, savoir : 458 hommes et 406 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 9. T. 21. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.—Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 0, F. 0. T. 0. —Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 1. F. 1, T. 2. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M.123, F. 101, T. 224. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 15, T. 34. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 34, T. 54. —Méningite simple : M. 9, F. 8, T. 17. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 25, F. 13, T. 38. — Paralysie, M. 3, F. 3, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 1, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 23, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 1, T. 3.— Bronchite chronique : M. 14, F. 9, T. 23. — Broncho-pneumonie : M. 7, F. 14, T. 21. — Pneumonie : M. 11, F. 17, T. 28.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 22, T. 43.— Gastro-entérite, biberon : M. 12, F. 12, T. 24.— Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 3, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale, M. 11, F. 7, T. 18. — Sénilité : M. 12, F. 22, T. 34. — Suicides : M. 5, F. 6, T. 11. — Autres morts violentes : M. 12, F. 6, T. 18. —Autres causes de mort : M. 81, F. 10, T. 141. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 1, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 13. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 8. Total : 32.

Société de Neurologie de Paris. — La prochaine séance de la *Société de Neurologie* aura lieu le *jeudi 9 novembre prochain* à 10 h. *du matin*, à l'Ecole de Médecine, salle des Thèses, n° 2. *Ordre du jour* : 1° MM. Dufour et Dide. Tuberculine, tuberculose et encéphalopathies délirantes. 2° M. Paul Londe. Sur les troubles moteurs du goitre exophtalmique (Théorie de l'hyptomie). 3° M. Robinson. Un cas de surdité verbale mentale. 4° M. Pierre Marie. Déformations thoraciques dans la syringomyélie (Présentation de malades). 5° M. Joffroy. Sur un traitement de la morphinomanie. 6° M. Chipault. Balle dans le corps calleux ; état de mal épileptique ; hémiplégie. Trépanation, guérison. Paraplégie pottique avec grosse gibbosité. Réductions et ligatures apophysaires ; guérison. (Présentation de malades.)

Faculté de médecine de Lille. — M. le D[r] Gérard, prosecteur, est chargé, pour la présente année scolaire, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

Faculté de médecine de Lyon. — MM. Durand, agrégé (*anatomie topographique*) et Causse, docteur ès sciences (*hydrologie et matières alimentaires*), sont chargés de cours complétaires pour la présente année scolaire.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Bonnes, docteur en Médecine, est nommé pour l'année scolaire 1899-1900, chef du Laboratoire installé à l'hôpital des Enfants Malades pour le service de la diphtérie.

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. — M. Sabrazès, agrégé, est nommé, pour l'année scolaire 1899-1900, chef du Laboratoire des cliniques. — M. Hobbs, agrégé, est nommé, en outre, pour l'année scolaire de 1899-1900, chef des travaux du Laboratoire d'hygiène.

Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Amiens. — M. Labarrière, docteur en Médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie et d'histologie. — Un congé, pour l'année scolaire 1899-1900, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Trépant, professeur de pathologie interne. — M. Décamps, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, pour l'année scolaire de 1899-1900, d'un cours de pathologie interne.

Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Limoges. — M. Chénieux, professeur de clinique externe, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 1[er] novembre 1899.

Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Poitiers. — M. Berland, chef des travaux d'anatomie et d'histologie, est prorogé pour un an dans ses fonctions, à dater du 20 octobre 1899. — M. Sauvage, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire de 1899-1900, d'un cours de chimie et toxicologie.

Ecole de Médecine et de Pharmacie de Clermont-Ferrand. — M. Bousquet, professeur de clinique externe, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 24 octobre 1899.

Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Grenoble. — Un congé du 1[er] novembre 1899 au 31 octobre 1900, est accordé, sur sa demande, à M. Dodero (Paul), suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Rennes. — M. Bodin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1899-1900, d'un cours d'anatomie pathologique.

Museum d'Histoire naturelle. — M. Petit (Auguste), docteur ès sciences naturelles, est nommé préparateur du Laboratoire de la chaire d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle (emploi nouveau).

Maison nationale de Charenton. — Il sera ouvert le mardi 28 novembre 1899 à la Maison nationale de Charenton à Saint-Maurice (Seine), un concours pour l'Internat du dit établissement. On trouvera chez le concierge de la Faculté de Médecine et à la Maison nationale des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

Médaille d'honneur des épidémies. — Par arrêté du 13 octobre 1899, la médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées : *Argent*. — M. le D[r] Le Moaligou, médecin des épidémies de l'arrondissement de Quimperlé. *Bronze*. — M. le D[r] Boyer, médecin sanitaire maritime.— M. Mathière, infirmier. — M[me] Mallet, en religion sœur Marie-Edouard, infirmiere.

Leçons sur les maladies de la peau. — M. le D[r] G. Thibierge commencera des leçons sur les maladies de la peau, à l'hôpital de la Pitié, le dimanche 5 novembre, à 10 heures et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Ces leçons seront consacrées à la thérapeutique des maladies de la peau et suivies de présentations de malades. Le mercredi et le samedi à 9 heures, consultations pour les maladies de la peau,

Concours du prosectorat. — Le concours de prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Herbet et Dujarier.

Service de Santé de la Marine. — M. Gaillard, médecin de 1[re] classe du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer le 1[er] novembre 1999 sur l'*Iéna*. — M. Avérous, médecin de 2[e] classe, prosecteur d'anatomie à l'école-annexe de Brest, dont les fonctions étaient expirées, est maintenu dans ses fonctions pour une nouvelle période d'un an.

Diner des anciens médecins et pharmaciens de la marine. — Il aura lieu le 7 novembre à 7 h. 1/2, au Cercle, 49, avenue de l'Opéra. Cotisation 12 francs. Tenue de ville. — Les anciens médecins de la marine qui n'auraient pas reçu de lettre d'invitation sont admis sur la présentation de deux membres. Les habitués de cette réunion sont : MM. Vaillant, Rochefort, Nicolas, Crimail, Egasse, Grimaux, Cézilly, Jeanne, Paul Petit, Pineau, Rougon, Lecorre, Blanchard, Gorecki, Portàfax, Le Marc'Hadour, Marévéry, Joyau, Destrem, De Laquesnerie, Dedet, Bavay, etc... Adresser les adhésions au D[r] Vaillant, 49, avenue de l'Opéra.

Concours de l'Internat des hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'Internat des hôpitaux de Lyon a eu lieu le 2 octobre. 109 candidats étaient inscrits et 75 ont concouru pour 12 places d'internes vacantes. Voici les questions qui ont été données et proposées aux diverses épreuves : *Première épreuve*. Question sortie : *Nerfs de la langue dans l'organe*. Questions restées dans l'urne : Nerfs laryngés. Des paupières. Du pancréas. Iris, réaction de la pupille. De la prostate. Squelette et musculature du larynx (anatomie et physiologie). — *Deuxième épreuve*. Question sortie : *Parallèle du vertige et de l'ictus apoplectique*. — Questions restées : Des œdèmes pulmonaires. Manifestations vasculaires et endocardiaques de l'infection tuberculeuse. Du pouls lent permanent. Des paralysies toxiques considérées en dehors des maladies infectieuses. De la pneumonie du sommet. Manifestations cardiaques et vasculaires dans la fièvre typhoïde. — *Troisième épreuve*. Question sortie : *De la pyonéphrose tuberculeuse*. Questions restées : Des abcès rétro-pharyngiens. De la mastoïdite. Fracture de l'astragale. Abcès urineux. De la kératite phlycténulaire. Symptômes et diagnostic différentiel du mal de Pott cervical. — *Quatrième épreuve*. Questions sorties : *Diagnostic de la rougeole à la période d'invasion. Diagnostic et traitement des corps étrangers de l'urètre. Les crevasses du mamelon pen-*

dant l'allaitement. — Questions restées : Diagnostic différentiel des ulcérations linguales. Diagnostic différentiel de l'accès d'asthme essentiel et de la dyspnée urémique (conduite à tenir dans les deux cas). Diagnostic de l'obstruction intestinale aiguë. Diagnostic différentiel du coma urémique et du coma diabétique. Traitement de l'œdème aigu du poumon. Diagnostic différentiel entre l'insuffisance aortique et le rétrécissement mitral. Signes de l'iritis. Symptômes de la fracture de la base du crâne. Diagnostic et traitement des corps étrangers de l'œsophage. Diagnostic et traitement immédiat de la contusion de l'abdomen. Diagnostic de la luxation de l'épaule. Diagnostic de la luxation congénitale de la hanche. Des hémorragies tardives post-partum. Diagnostic de la présentation du siège. Diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale. Auscultation fœtale pendant la grossesse. Conduite à tenir dans le cas de rétroversion de l'utérus gravide. Inertie utérine après la délivrance.

HOTEL-DIEU D'ORLÉANS. — *Concours pour l'internat.* — Le mardi 12 décembre prochain, à deux heures et demie, un concours aura lieu pour 3 places d'interne titulaire et 5 places d'interne provisoire. L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort, une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat des hôpitaux de Paris). Deux heures sont accordées pour cette composition. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain.

Les externes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les internes malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le premier janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au Secrétariat des hospices d'Orléans. — *N.-B.* Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

LES AMBULANCES DANS LA GUERRE SUD-AFRICAINE. — M. Wyndham a rappelé à la Chambre des Communes que le Transvaal a signé la convention de Genève. Il a fait cette déclaration afin de rassurer ses concitoyens sur le sort des blessés abandonnés à Dundee. Il a annoncé aussi que sir William Mac Cormac, président de l'Association des Chirurgiens anglais, a offert de se rendre dans l'Afrique du Sud. Le gouvernement a accepté cette offre. Sir William Mac Cormac, pendant la guerre franco-allemande, a soigné les blessés français dans les ambulances françaises, avec un admirable zèle. Il est chirurgien en chef de l'hôpital français de Londres. M. Trèves, l'une des célébrités de la chirurgie anglaise, et chirurgien ordinaire du duc d'York, va également partir pour le Sud de l'Afrique. — Les journaux russes annoncent qu'un certain nombre d'étudiants en médecine de Saint-Pétersbourg se sont déjà inscrits et continuent à s'inscrire pour faire partie du détachement sanitaire que la Société de la Croix-Rouge organise actuellement pour être envoyé dans le sud de l'Afrique sur le théâtre de la guerre anglo-transvaalienne. — La première ambulance hollandaise pour le Transvaal est partie d'Amsterdam à bord du vapeur *Kœnig.* La reine-mère Emma a adressé à Mlle Beijines, la directrice de l'ambulance, un télégramme de félicitations.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de technique des Autopsies,

Par MM. BOURNEVILLE et BRICON. Librairie du *Progrès médical.* — Prix: broché, 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr. ; relié, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50.

« Les internes et les externes des hôpitaux, dit notre ami le Pr Brouardel, ont seuls eu l'occasion, avant de se livrer à la pratique de la médecine, de faire des autopsies. Dans les hôpitaux, le plus souvent, l'autopsie a pour but de déterminer la nature de la maladie pour laquelle le malade a été soigné, de contrôler le diagnostic. Elle est donc souvent très incomplète. Sans insister sur les différences et les difficultés de l'autopsie médico-légale, on peut dire que peu de médecins même les plus instruits sont en état de distinguer toutes les lésions développées sous l'influence de la maladie, de celles qui auraient pu être provoquées par une intoxication. C'est pour aider à combler la connaissance insuffisante de la pratique des autopsies que nous avons composé le *Manuel technique des autopsies,* le faisant aussi complet que possible en un petit nombre de pages et en le rendant commode par son format. Voici l'appréciation qu'en a donnée un homme absolument compétent en la matière, M. le Pr Cornil :

« MM. Bourneville et Bricon ont eu l'excellente idée de publier un *Manuel de technique des autopsies,* clair, concis, bien fait, renfermant tout ce qui est nécessaire pour guider un étudiant, un externe ou interne, ou un médecin des hôpitaux, dans la pratique des nécropsies. C'est un vade-mecum indispensable de la salle d'autopsie, car, là, rien ne doit être laissé à l'imagination. . . . .

« Le manuel de MM. Bourneville et Bricon vient donc bien à son heure; il est de la plus grande utilité pour tous ceux qui veulent apprendre la technique des autopsies. Il suit presque partout les indications formulées par Wirchow; mais, chemin faisant, il indique aussi quelques-uns des procédés de l'Ecole de Vienne et, à propos du cerveau, il donne les méthodes de section de M. Pitres. » (*Journ. des Connaissances méd.*).

V. CORNIL.

MM. LES AUTEURS ET ÉDITEURS

Sont prévenus que tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu ; ceux dont il ne nous parviendra qu'un exemplaire seront seulement annoncés.

(*Suite de l'annonce au recto de la couverture,* page XLVI).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 45. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 NOVEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

De l'Hépatectomie (*suite*) (1).

[*Revue générale*].

Par J. PANTALONI (de Marseille).

IV. HÉMOSTASE. — L'hémostase est le temps le plus important de la résection hépatique, du moins quand il s'agit véritablement de l'extirpation, par le bistouri, d'une tumeur intrahépatique assez volumineuse, qu'on désire traiter par la *méthode intrapéritonéale*, c'est-à-dire suivant le procédé qui satisfait le mieux l'esprit et qui deviendra de jour en jour plus courant, au fur et à mesure des perfectionnements de la technique.

Un grand nombre de moyens ont été préconisés dans ce but; mais nous ne reviendrons pas ici sur ceux que nous avons déjà étudiés, qui sont d'ailleurs les plus importants : la *thermocautérisation*, avec ses divers procédés; le *tamponnement*; les *ligatures* ou *sutures intrahépatiques*. Nous nous bornerons à dire quelques mots des *deux procédés*, auxquels nous n'avons pas cru devoir consacrer préalablement un chapitre spécial, en raison de leur emploi si fréquent en chirurgie générale, et que, partant, nous supposons connus du lecteur dans leurs grandes lignes : 1° La *forcipressure* en plein tissu hépatique ; 2° la *ligature intrahépatique* des vaisseaux.

1° *Forcipressure.* — *a*) La *forcipressure temporaire* peut être employée sur le foie, comme sur bien d'autres organes. Elle a été utilisée nombre de fois au cours d'interventions diverses, et on comprend que nous n'ayons pas ici à insister sur cette manœuvre par trop élémentaire. Il suffit de remarquer qu'il faut employer des *pinces* de force moyenne et ne pas pincer le foie comme un utérus; quelques ménagements sont nécessaires. *b*) La *forcipressure à demeure,* ou définitive, est aussi de mise, car l'expérience a prouvé qu'on peut laisser en place des pinces sur la glande hépatique. Pour obtenir sans inconvénient un résultat appréciable, il suffit de combiner l'emploi de ce moyen d'hémostase avec le *tamponnement*. Faure y a eu recours dans ces conditions, de même que Segond (1897).

2° *La ligature des vaisseaux hépatiques*, au niveau de la tranche d'une hépatectomie ou d'une plaie accidentelle du foie, est également possible dans beaucoup de cas. Eiselsberg en enlevant un angiome, s'en est bien trouvé. Dalton, dans un cas de plaie, y a eu recours aussi, etc., etc. D'ailleurs Kousnetzoff et Pensky ont plus tard (1896), étudié expérimentalement ce moyen d'hémostase et montré que sur le cadavre cette ligature était praticable. Quand l'occasion s'en présentera, on pourra donc tenter de l'utiliser, mais sans trop s'attarder à cette manœuvre et étant prêt à recourir à d'autres procédés, si besoin est (1).

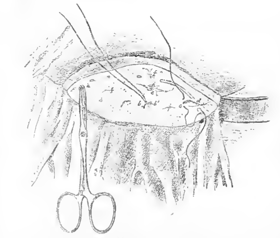


Fig. 29. — Technique de l'hémostase. — Application, dans un cas de résection du lobe gauche du foie, de fils à ligatures sur les vaisseaux sectionnés. — *Légende* : a, vaisseau saisi par une pince à forcipressure et supportant la traction; *b*, fil de soie pour ligature appliqué sur un vaisseau ; *b'*, parenchyme détruit par dénudation du vaisseau ; *cd*, vaisseau coupé obliquement avec *ligature médiate* ; *e*, vaisseau béant ; *f*, trabécule de la capsule de Glisson (Kousnetzoff et Pensky).

A l'aide d'une pince, il faut attirer le vaisseau et l'énucléer pour ainsi dire, après l'avoir saisi, de la substance hépatique ; il fait hernie assez facilement, en

(1) Voir *Progrès médical*, n° 43.

(1) Kousnetzoff et Pensky ont montré qu'il faut des tractions de 800 gr. pour rompre les vaisseaux du foie sectionnés transversalement.

raison des faibles adhérences de la capsule de Glisson qui entoure les vaisseaux et le parenchyme glandulaire. Il est alors aisé d'appliquer une ligature avec un fil fin (*Fig.* 29).

Les vaisseaux du foie, cela est démontré, sont assez résistants pour que le fil tienne. Mais, pour que la ligature ne dérape pas, il faut que la dénudation vasculaire soit suffisante ; la petite hémorragie qui accompagne cette dernière manœuvre est insignifiante.

Suites et complications. — Nous avons vu quelle était la conduite à tenir dans la méthode d'extirpation extrapéritonéale. Quand le foie a été réduit, aucun pansement spécial n'est nécessaire. Tout devrait se passer comme dans une laparotomie ordinaire.

1° Pourtant des accidents de diverse nature, il va sans dire, ont été notés au cours d'interventions aussi graves. Inutile de répéter que l'un des plus sérieux est l'*hémorragie* secondaire, soit au niveau du pédicule, et par conséquent à l'extérieur, dans les cas d'extirpation extrapéritonéale, soit dans l'abdomen, quand ce pédicule a été réduit. Pourtant, sur six cas de mort opératoire relevés par Auvray en 1898, l'hémorragie n'a été mortelle que dans deux circonstances. Nous n'ajoutons pas à nouveau que, lorsqu'elle se déclare, il ne faut pas hésiter, si besoin est, à rouvrir l'abdomen. 2° Une complication très grave a été signalée tout récemment par Hochenegg (1898). Dans un cas d'extirpation de tumeur, il dut recourir au tamponnement pour arrêter une hémorragie *veineuse* considérable ; mais le malade mourut deux heures et demie après, et on reconnut, à l'autopsie, qu'il s'était produit une *embolie gazeuse*, ayant probablement pour point de départ la veine hépatique sectionnée. Il est évident que, s'il s'agit de la section d'une grosse veine hépatique, on peut assister à l'entrée de l'air dans le système de la veine cave inférieure, en raison du voisinage du cœur et du thorax. C'est donc là un accident très sérieux, dont la possibilité devra toujours être présente à l'esprit. 3° Parmi les autres complications, qui ont entraîné la mort, on a noté le *shock opératoire* ; il serait dû soit à une infection, soit à une mauvaise technique (laissant perdre trop de sang à l'opéré), soit encore à un défaut de soins après l'intervention. Quand on le soupçonnera ou le croira possible, il ne faudra pas hésiter à employer, même préventivement, les *injections de sérum artificiel*, qui ont donné de si bons résultats dans toutes les opérations sérieuses. 4° Quant à la *septicémie*, qui malheureusement a été observée, on parviendra à l'éviter, en n'opérant que dans des conditions d'asepsie parfaite à l'aide de méthodes opératoires bien réglées à l'avance, dans lesquelles on ne laissera rien au hasard.

Il est impossible aujourd'hui d'étudier avec profit les *résultats éloignés* de l'hépatectomie. Envisagée d'ailleurs dans son ensemble, cette revue des cas connus n'aurait aucun intérêt, en raison, d'une part, de la diversité des faits, et, d'autre part, du peu de renseignements que l'on possède sur les suites lointaines des opérations publiées. Nous dirons, dans le paragraphe suivant, à propos des diverses affections traitées de cette façon, quels résultats immédiats ont été notés pour chaque catégorie. Ajoutons seulement ici que, d'après les recherches expérimentales, et celles d'Auvray en particulier, souvent le foie, après la résection, présente des *adhérences* avec les organes voisins, soit avec l'estomac (*Fig.* 30), soit avec l'épiploon, soit avec le duodénum (*Fig.* 31), et il est probable qu'il doit en être de même chez l'homme. Ce fait est à retenir, car il pourra sans doute donner l'explication de certains phénomènes douloureux consécutifs à l'intervention.

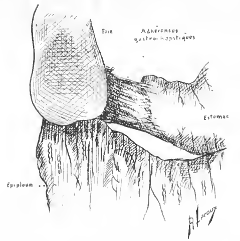


Fig. 30 — Suites des résections expérimentales (Auvray). — Adhérences du lobe réséqué à l'épiploon et à l'estomac.

Indications. — On est autorisé à recourir à l'*hépatectomie partielle* dans un certain nombre d'infections hépatiques, présentant toutes pour caractère spécial et indispensable d'être *localisées* à la surface de la glande, sur le bord libre, dans un lobe, ou dans une région peu étendue du foie. On conçoit aisément, en effet, que, si la maladie s'étend à presque la moitié de l'organe, l'ablation de la lésion devienne trop grave pour être tentée. On ne doit opérer, en outre, au dire de Spencer (1898), que s'il n'y a pas de lésions prononcées de cirrhose. Ceci dit et admis une fois pour toutes, on peut grouper ces affections sous les titres suivants : 1° *Traumatismes* (Ruptures, Plaies, Hernies) ; 2° *Infections chroniques localisées*, formant *tumeur* ; 3° *Anomalies* (Lobes accessoires, supplémentaires, congénitaux, ou formés d'une façon pathologique) ; 4° *Tumeurs* diverses ; 5° *Affections des voies biliaires propagées au tissu du foie.*

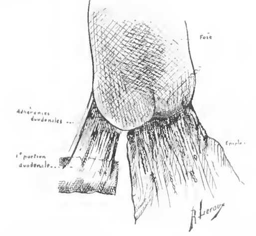


Fig. 31. — Suites des résections expérimentales (Auvray). — Adhérences unissant le lobe réséqué à l'épiploon et à la première partie de l'anse duodénale.

1° TRAUMATISMES. — Les premières résections hépatiques qui aient été exécutées ont trait précisément à des traumatismes du foie : *Plaies, déchirures, hernies.*

a) *Plaies et déchirures.* — C'est ainsi que, dès 1852, J. C. Massie, pour une *plaie* du foie, réséquait une large portion du lobe droit. On sait d'autre part, qu'en 1870, Bruns fit une opération très analogue. Marcel Bau-

douin, dans le *Progrès médical*, en 1897, a brièvement signalé un très curieux cas de résection pour une lésion traumatique; mais ce fait paraît d'une authenticité scientifiquement discutable. Actuellement, la médecine opératoire hépatique est mieux connue et l'on sait faire la suture comme il convient; aussi ne sera-t-on obligé de recourir, que dans de très rares cas de *déchirures étendues* d'un lobe du foie, à des résections de ce genre. Mais il est évident que, si la lésion a amené la séparation d'une partie de la glande sur une très grande longueur, il sera plus simple et plus prudent de réséquer le pédicule que de faire une longue suture, qui pourrait ne pas réussir et amener de la nécrose (1). *b*) *Hernies du foie.* — Il y a longtemps qu'on est intervenu, par la résection, dans les cas de *hernie traumatique* du foie à travers une plaie de l'abdomen.

Comme nous l'avons mentionné déjà, Fricke, dès 1836, en rapporte un exemple, cité par Nélaton, et suivi de guérison; et, en janvier 1846, Macpherson fit une opération de ce genre, encore avec succès. Nous savons qu'en 1895, Roustan citait déjà quatorze faits analogues, très intéressants au point de vue historique, malgré les conditions non aseptiques de l'intervention. C'est là d'ailleurs une indication qui, dans l'avenir, se posera nettement pour certains cas. Toutes les fois, en effet, que lors de la hernie traumatique d'un lobe hépatique à travers la paroi abdominale lésée, on craindra d'infecter le péritoine par sa réintroduction, il ne faudra pas hésiter à recourir à cette opération, qu'on pourra d'ailleurs pratiquer d'une façon *extrapéritonéale*, et par conséquent, en courant d'autant moins de risques que souvent des adhérences se seront déjà développées entre la séreuse pariétale et le pédicule hépatique à sectionner.

2° Infections. — Parmi les infections chroniques localisées, qui peuvent autoriser l'ablation d'un lobe du foie, nous pouvons citer : *a*) La *cirrhose hépatique*, simple, localisée à une région limitée de l'organe; *b*) la tuberculose [*Tuberculome*]; *c*) la syphilis [*Syphilome*]; *d*) l'actinomycose [*Actinomycome*]; *e*) l'infection hydatique [*Kyste hydatique intrahépatique*]. — *a*) Jusqu'ici on n'est guère intervenu, à ce que nous sachions du moins, que pour les *cirrhoses périvasculaires*, dont nous parlerons plus loin, à propos des lésions spéciales à la vésicule biliaire, la *syphilis*, et l'infection *hydatique*. *b*) Toutefois, remarquons que Bergmann, dans un cas d'adénome, avait peut-être affaire à un *tuberculome* (qu'à l'exemple de Terrier et Auvray nous pensons qu'il vaut mieux cependant, jusqu'à nouvel ordre, laisser parmi les adénomes du foie); et que Keen (1889) a cité un cas de résection pour une infection hépatique d'origine *coccidienne.* La tuberculose du foie, comme l'ont signalé Terrier et Auvray, n'a qu'un maigre intérêt pour le chirurgien, en raison de la multiplicité des lésions dans cet organe lui-même; il n'y a guère que la *tuberculose à gros nodules* qui pourrait un jour être susceptible d'une intervention heureuse. *c*) *Syphilome.* — Les cas de syphilomes extirpés sont déjà nombreux; mais le premier en date, celui de Wagner (1890), ne fut pas heureux. Tillmans, qui, la même année, a publié un fait du même genre, puis Czerny, Hochenegg et Albert, toujours en 1890, ont, au contraire, obtenu chacun un beau succès; mais Lauenstein, en 1890, eut encore un insuccès. Il faut citer ensuite les cas de Schmidt (1893), de Tricomi (1894), de Bastianelli (1895), de Dennis, de Mikulicz (1896), de Abbe (d'après Elliot, 1890), qui se terminèrent heureusement. Dans un fait tout récent, Spencer (1898) fit une véritable *énucléation* du syphilome, après avoir attiré le néoplasme dans la plaie abdominale, au lieu de pratiquer une résection typique, et tamponna la cavité (Dans un autre cas, il procéda à une sorte de *raclage* de la masse gommeuse, qu'il enleva ainsi sans être obligé de recourir à une section hépatique). A la clinique d'Heidelberg, l'extirpation d'un syphilome a donné un succès (Petersen, 1898). Des faits précédents, et malgré les échecs anciens de Wagner et de Lauenstein, on peut conclure que l'intervention est tout à fait justifiée, dans les cas de syphilis hépatique à *manifestations localisées*, et surtout dans les faits de *tumeurs syphilitiques*, dites *syphilomes.* Dans les cas de tumeurs bien délimitées, la résection, ou même le simple curettage, peut donner d'excellents résultats. Si, à la laparotomie, on constatait que, vu ses dimensions, la lésion est inopérable, il resterait encore la ressource d'un traitement médical, administré cette fois avec un diagnostic précis, avec une idée très nette des manifestations morbides à faire disparaître si possible. Toutefois, il est bien entendu qu'on ne doit proposer une opération pour syphilome du foie qu'après un examen approfondi du malade, qu'après un traitement antisyphilitique longtemps poursuivi en connaissance de cause. Et il faut ajouter que le difficile est précisément le diagnostic, et que souvent on n'a reconnu la gomme qu'à la laparotomie exploratrice. *d*) On ne connaît pas encore de cas de résection pour *actinomycose*, à ce que nous sachions. *e*) *Kystes hydatiques.* — L'infection hydatique dans le foie peut se localiser dans différentes parties de l'organe; mais, parfois, le kyste est *tout à fait* extériorisé, c'est-à-dire *pédiculé*, ou au contraire *tout à fait* inclus dans la glande; et il est alors plus pratique et plus simple de l'enlever que de l'ouvrir. Il s'agit, dans ces cas, d'*extirpation totale du kyste* et d'*énucléation.*

A. Dans l'une ou l'autre de ces alternatives, on ne touche aucunement au foie lui-même, ou plutôt on ne pratique pas la résection d'un lobe. Ce qu'on se borne à enlever, c'est la *tumeur* qui s'y est développée, et cela en totalité ou en partie.

1° Les cas d'*extirpation totale de kystes hydatiques* sont assez rares, malgré la fréquence de cette affection. On peut citer parmi les plus anciens ceux de Jacoby (1879), Balls-Headley (1881), et Bird (1883). Les autres sont plus récents : Terrier (1885), Segond (1887), Postempski, Tricomi et Valeggia, Praskin (1891), Schwartz, Bandandi, Doyen (1892), Beckhaus, Clarke (1893), Jones (1894), etc.

2° Une mention spéciale doit être réservée aux cas d'*énucléation* proprement dits. L. Tait (1885), Championnière (1885), Whitehead (1887), Pozzi (1888), Martin (1892), Bruce, Clarke, Marchand (1893), Tansini (1893), Morgan (1895), Spiegelberg et Ricard (1895), etc., ont opéré des kystes de cette façon, et cette intervention a été étudiée dans son ensemble, en 1895, dans la thèse de Vigneron. Sous ce nom, on doit entendre plus spécialement l'opération d'exception qui consiste à extraire du parenchyme hépatique ou de son voisinage, la totalité du kyste, grâce à un simple décollement ou décortication, sans ablation du tissu du foie à proprement parler. L'intervention est due à Lawson Tait, qui

(1) On sait que, dans certaines ruptures du foie, des parties considérables de l'organe se sont détachées, réalisant ainsi une sorte de *résection accidentelle*, qu'on doit désormais traiter par la suture ou le tamponnement.

la pratiqua le 7 mai 1885. La mortalité est nulle jusqu'ici ; mais le manuel opératoire est long et difficile, comme l'a montré Baraduc (1899).

B. D'autres fois, au contraire, de *véritables résections* du foie ont été pratiquées pour extirper des *kystes hydatiques intrahépatiques* peu volumineux ; et la statistique la plus complète publiée jusqu'ici, est celle de Keen, qui remonte à 1892. Nous citerons en particulier les cas de Loreta et Garré (1888), qui paraissent les premiers en date ; puis ceux de Ruggi (1889), Boggi (1889), Vohtz (1889), Decès (1890), Tansini (1891), Terrillon (1891), Cuneo (1891), Depage (1897) ; il faut y ajouter un fait de la clinique d'Heidelberg, Petersen (1898), suivi de succès, et un cas de Krause (1898), suivi de mort. La plupart de ces faits ont trait à des guérisons radicales. C'est donc là une excellente intervention, qui mérite d'être mieux connue et plus employée.

3° Anomalies. — a) *Lobe du foie flottant.* — Langenbuch, dès 1887, fit une résection pour un lobe du foie flottant et pratiqua une hépatectomie partielle à pédicule perdu ; mais il se déclara une hémorragie interne et le malade ne guérit que grâce à une seconde intervention. En 1890, Lauenstein tenta d'enlever également un large lobe du foie flottant, très mobile et rattaché au lobule de Spiegel ; mais son opéréc mourut le 12e jour, de septicémie (Il est vrai qu'en réalité il s'agissait d'un *syphilome* du foie). Bastianelli, plus récemment, en 1895, au cours d'une laparotomie, a opéré de la même façon. Enfin, en 1897, Martin a publié un quatrième cas, suivi de guérison. Sur ces quatre faits, on a donc obtenu trois succès. Il n'est pas probable pourtant qu'on suive à nouveau ces exemples, car la résection du foie est une opération plus délicate et plus dangereuse que l'*hépatopexie partielle,* qui paraît suffire dans le cas de lobe du foie flottant, susceptible d'exiger une intervention, ou découverte au cours d'une laparotomie exploratrice. Ce ne serait donc qu'en cas d'insuccès de la fixation préalable du lobe hépatique mobile qu'on devrait songer à l'extirper.

b) Hernie congénitale du foie. — D'après Kousnetzoff et Pensky, Girard aurait opéré une enfant de deux jours et demi, pour une hernie du lobe gauche à travers l'ombilic. Il enleva le lobe gauche tout entier au thermocautère, ainsi que la vésicule ; mais cette opération a été suivie de mort.

4° Tumeurs. — Les *Tumeurs du foie*, qu'on a extirpées, peuvent être classées sous les rubriques suivantes :

I. Tumeurs bénignes : 1° *Fibromes, Fibro-myomes, Fibro-sarcomes* et *Lipomes.* 2° *Angiomes* et *Lymphangiomes.* 3° *Kystes simples* et *Kystes alvéolaires.*

II. Tumeurs malignes : 1° *Adénomes* ; 2° *Sarcomes* ; 3° *Cancer.*

I. Les *tumeurs bénignes* sont évidemment plus faciles à extirper que les tumeurs malignes ; et, dans ces cas, l'opération a indiscutablement un pronostic bien moins grave.

1° *Fibromes.* — C'est ainsi qu'en ce qui concerne les *fibromes*, Sklifossowsky, en 1890, a opéré avec succès un *fibromyoma lipomatodes sarcomatodes*, gros comme le poing, chez une jeune femme de 24 ans ; mais nous retrouverons ce cas en étudiant les sarcomes. De même, nous ne nous occuperons pas ici des *lipomes.*

2° *Angiomes et lymphangiomes.* — Les observations de cette nature sont encore rares. Le premier cas d'angiome opéré semble appartenir à Hanks (1892) ; mais on ne fit qu'une laparotomie exploratrice et une ponction de la tumeur. Le premier *angiome* réellement extirpé est donc celui cité par Eiselsberg (1893). Il l'a décrit sous le nom de *cavernome* (*Fig.* 32). La tumeur pesait 470 grammes, et la malade guérit très bien. On connaît trois autres faits plus récents : l'un de Rosenthal (1897), l'autre de Keen (1897) et un second de Rosenthal (1897), tous les trois suivis de guérison. Il s'agissait d'*angiome fibreux*, dans les faits de Rosenthal.

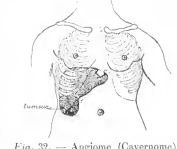


Fig. 32. — Angiome (Cavernome) du foie opéré par Eiselsberg (D'après Kousnetzoff et Pensky). — La tumeur était presque pédiculée.

Cette tumeur est évidemment opérable, à condition que son volume ne soit pas trop considérable. Il faut donc, si l'on veut continuer à intervenir avec succès, que les médecins fassent opérer ces tumeurs bénignes d'aussi bonne heure que possible.

3° *Kystes biliaires.* — Il existe dans le foie des kystes biliaires, qui ne sont souvent que des dilatations des ramuscules intrahépatiques. L'ablation de ces kystes constitue donc, à proprement parler, la *Cholangiectomie*, opération qui consiste dans la résection des canicules biliaires. Toutefois, comme on enlève forcément en même temps du tissu hépatique proprement dit, il est manifeste qu'on fait également une résection du foie. Comme nous étudierons plus tard ces faits dans tous leurs détails, bornons-nous, dans ce paragraphe, à rappeler qu'on en connaît quatre pour lesquels le doute n'est pas permis : ce sont ceux de Berg, Kaltenbach, Kœnig, et Müller, desquels il faut rapprocher peut-être un cas de Martin.

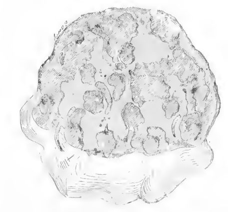


Fig. 33. — Adénome kystique du foie (et des conduits biliaires), enlevé par Keen. — En bas, substance hépatique normale.

II. Tumeurs malignes. — 1° *Adénomes.* — Le premier adénome du foie paraît avoir été enlevé par Lins et Escher en 1887 ; mais, dans ce cas, quoique la tumeur fût *pédiculée* légèrement, par suite de fautes opératoires, l'opéré mourut rapidement d'hémorragie.

Kœnig, en 1887, a opéré un adénome kystique des voies biliaires. Un des adénomes les plus volumineux qui aient été extirpés, est celui décrit par Keen en 1892. Il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens des conduits biliaires (*Fig.* 33 et 34). Keen obtint un très beau succès.

Les autres cas sont dus à Schmidt (1892) et à Bergmann (1893); il n'y avait pas de récidive au bout d'un an, dans le dernier cas. Tricomi, en 1894, a enlevé un adénome de 930 gr. et l'opéré a vécu 3 ans et 1/2. A l'autopsie on trouva une récidive, sous forme d'adéno-carcinome du foie. Depuis, mais toujours en 1894, le même chirurgien a fait la même opération et a obtenu également un succès. Citons enfin le cas opéré par Groubé (de Karkow), en 1896 (*Fig.* 35); mais ici la récidive survint onze mois après.

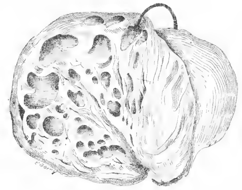


Fig. 34. — Adénome kystique du foie enlevé par Keen, après section de la tumeur, pour montrer son caractère nettement kystique.

Les résultats opératoires obtenus pour les adénomes, sont encore plus beaux que ceux fournis par les autres néoplasmes, et même supérieurs à ceux qu'on a enregistrés pour les syphilomes. Toutefois, sans attribuer à ces statistiques plus de valeur qu'elles n'en ont, ajoutons que l'ablation d'un adénome est une intervention d'une relative bénignité.

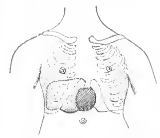


Fig. 35. — Adénome du foie, opéré par Groubé. (D'après Koustnetzoff et Pensky.)

Quant aux résultats éloignés, ils sont assez éloquents pour qu'il soit nécessaire d'insister davantage.

2° *Sarcomes.* — La première observation de sarcome du foie enlevé ne remonte qu'à 1891. Elle est due à Sklifossowsky, qui extirpa un *fibromyoma lipomatodes sarcomatodes*, variété très spéciale de sarcome, un *fibro-sarcome*, une tumeur à moitié bénigne. Il enregistra un excellent résultat. En 1892, Bardeleben eut un succès identique, et deux ans après, il n'y avait pas encore de récidive. Israël enleva (1894) un sarcome *télangiectasique* volumineux, du poids de 1215 gr., et eut une guérison opératoire; mais la récidive survint en 110 jours. Dans le cas d'Elliot (1897), qui a trait à un *sarcome alvéolaire*, développé entre la vésicule et le foie, on note aussi un succès opératoire; mais, trois mois après, l'intestin était atteint à son tour. Enfin, à la clinique d'Heidelberg, on a enlevé trois sarcomes, mais avec deux décès (Petersen, 1898).

On voit que, là encore, les résultats opératoires proprement dits sont assez bons (on n'a noté que deux morts immédiatement après l'intervention), si la récidive survient d'ordinaire : ce qui prouve qu'on doit opérer de très bonne heure. Par conséquent, l'avenir de cette indication est uniquement entre les mains des médecins.

3° *Cancer.* — Le premier cas de résection hépatique pour *cancer* paraît être celui de Bruns (1888). On enleva au bistouri un noyau de *cancer secondaire* de la grosseur d'une fève et l'opération fut suivie d'un bon résultat. Un des premiers faits de cancer du foie extirpé est encore celui de Garré, qui date de la même année; ce chirurgien enleva un morceau de foie, du volume d'une noisette. Il s'agissait d'un nodule carcinomateux métastatique et on obtint une guérison opératoire. Le troisième fait, dû à Hochenegg, est relatif à une excision au bistouri de 4 à 5 centim. cubes de foie atteint de carcinomatose secondaire (*Fig.* 36), qui fut suivi de même de succès chez une femme de 58 ans (1890). Lücke a obtenu aussi un excellent résultat en 1891, pour un cas de carcinome *primitif*; jusqu'ici on n'avait enlevé que des noyaux carcinomateux secondaires. Von Winiwarter au cours d'une cholécystostomie, enleva la même année un morceau de foie dégénéré. D'autres faits ont été signalés : nousnous bornons à citer ceux de Jacob (1891), de Ludlam (1892), Jawadynski (1893), Tuffier et Claude (1895), Robson, Segond (1896), Poirier et Chaput, d'Urso, Terrier, Routier, Lapointe, Schrader (1897), etc., etc., sans parler ici des cas opérés pour propagation au foie d'un néoplasme de la vésicule, point sur lequel nous reviendrons plus loin d'une façon spéciale.



Fig. 36. — Partie d'un carcinome secondaire du foie, enlevé par Hochenegg.

On remarquera qu'au début (1888), on s'est attaqué surtout aux noyaux cancéreux *secondaires*, et qu'on n'a osé extirper qu'en 1891 un cancer *primitif* du foie (Lücke). On a suivi depuis cet exemple encourageant, car Lücke n'a perdu son opéré que deux ans après son opération. Mais il y a pourtant des cas de morts opératoires rapides (Segond, Tuffier, Routier) et des récidives assez précoces, au bout de six et sept mois, comme dans les observations de Jacob et de Poirier. Et, chose curieuse, presque tous les insuccès pour cancer sont dus à des chirurgiens français : ce qui prouve seulement que, dans notre pays, on intervient trop tard, à une époque où les malades sont déjà épuisés. En sorte qu'il ressort de l'étude de Terrier et Auvray et de nos propres recherches, que l'ablation du cancer du foie est une opération absolument à recommander aujourd'hui, surtout quand on a le bonheur, en dépit des médecins traitants, de pouvoir intervenir de très bonne heure.

Remarques. — Comme nous y avons déjà fait allusion, les diverses tumeurs du foie que nous venons de passer en revue sont loin d'être opérables dans tous les cas. Cela dépend, en effet, de plusieurs de leurs caractères anatomiques et de certaines propriétés physiques qu'elles doivent nécessairement présenter pour pouvoir être extirpées. Aussi ces interventions seront-elles tou

jours relativement rares. C'est ainsi qu'on doit, sauf exceptions, presque renoncer à opérer les *tumeurs secondaires,* car elles sont d'ordinaire l'indice d'une généralisation en marche, le foie étant un organe qui est frappé un des premiers. Pour pouvoir intervenir avec quelques chances de succès durable, il faudrait que le *cancer primitif* eût été au préalable enlevé, ou pût être extirpé en même temps. Pour les *tumeurs primitives*, elles sont généralement *multiples* et disséminées çà et là dans la glande. Dans ces conditions, il ne faut agir que si l'on peut tout enlever en une seule fois, en un seul bloc, à cause des difficultés de l'hémostase. Quand la tumeur est *unique* et de volume restreint, il n'y a pas, par contre, à hésiter. Il faut savoir aussi que la tumeur peut se trouver *placée en une région du foie très difficile à aborder* pour le chirurgien, parfois même impossible à atteindre, sans que l'opéré coure de grands risques. Il est donc indispensable de borner ses prétentions, pour ne pas être entraîné à des délabrements énormes, du genre de ceux qu'a dû effectuer Tricomi dans un cas intéressant. Certes, les méthodes opératoires vont chaque jour se perfectionnant et reculent les limites de l'opération ; mais il est prudent toutefois de ne pas tout oser quand même, surtout lors de tumeurs non pédiculées ou non pédiculisables. Et cette notion de la pédiculisation des tumeurs a une importance aussi grande au point de vue des indications de l'intervention qu'au point de vue de la technique opératoire. Lorsqu'elle est réalisée, elle autorise toutes les audaces; sinon, avant de tenter l'ablation d'une partie volumineuse du foie, il faut se rendre bien compte des moyens dont on pourra disposer sûrement pour l'hémostase.

5° Affections de la Vésicule. — On peut être amené à faire des résections, d'ailleurs très limitées, de tissu hépatique dans certaines affections de la *vésicule biliaire*, qui se propagent aux parties voisines de la glande. Ces affections sont : 1° Les *inflammations chroniques* ou *scléroses* ; 2° les *tumeurs. a) Cholécystites chroniques.* — Parfois, dans certains cas de cholécystites chroniques calculeuses anciennes, on a dû pour extraire les calculs, faire des résections partielles de vésicule et en même temps d'une certaine portion de parenchyme hépatique. Tel un cas de Heussner, qui remonte à 1889. *b) Tumeurs de la vésicule.* — Dans quelques cas de tumeurs de la vésicule, extrêmement adhérentes au foie, on est obligé de compléter la cholécystectomie, c'est-à-dire l'ablation de la vésicule atteinte, par une résection partielle du foie, plus ou moins large, le néoplasme ayant envahi une certaine étendue de l'organe. Nous insisterons plus tard sur ces faits, lorsque nous étudierons la médecine opératoire de la vésicule biliaire ; qu'il nous suffise pour l'instant de dire que divers chirurgiens ont dû en arriver là, en particulier Hochenegg (1890), Küster (1892), Greig (1893), Watson (1896), Ullmann (1897), Duret (1898), etc., etc. ; enfin Holländer, qui a été obligé de faire une résection hépatique assez étendue pour un cancer de la vésicule ayant envahi le foie d'une façon très notable, et qui cependant a obtenu, grâce à une technique appropriée, un excellent résultat (1898). Remarquons seulement, pour terminer, que ce qui a lieu pour la vésicule pourra très bien s'observer, un jour ou l'autre, pour les *canaux hépatique* ou *cholédoque*. Le cas de von Winiwarter, déjà cité, se rapproche de cette catégorie de faits.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de Physiologie : M. le Pr Richet.

M. le Pr Richet a fait la première leçon de son cours de physiologie mercredi, 8 novembre, à 5 heures du soir dans le grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique. M. Richet a abordé tout d'abord la physiologie de la cellule, ce qui lui permettra de poser un certain nombre de lois générales destinées à servir de fil directeur dans l'étude de la physiologie humaine. La cellule vivante a trois propriétés principales : la reproduction, la nutrition et l'irritabilité. Ce sont ces facultés qui distinguent la substance vivante de la matière inerte. On aurait tort de vouloir chercher des différences bien tranchées entre les animaux et les végétaux, il n'y a aucune différence essentielle entre la cellule animale et la cellule végétale. La cellule vivante peut emprunter au milieu ambiant, mais comme dans les combinaisons chimiques, la température joue un rôle notable dans ce phénomène d'assimilation. La levure de bière, par exemple, qui ne fermente guère et donne peu d'acide carbonique à 0°, mettra ce gaz de plus en plus en liberté si la température s'élève jusqu'à un certain degré, puis, sa faculté de produire la fermentation s'atténuera plus ou moins brusquement pour disparaître vers 50° environ. Et M. Richet compare judicieusement la production de l'acide carbonique dans la fermentation de la levure proportionnellement à la température, à celle du chlorure d'éthyle par l'action de l'acide chlorhydrique sur l'alcool où l'influence de la température joue encore un rôle considérable. Cependant le premier phénomène est un phénomène de vie cellulaire, tandis que le second est purement chimique. Une des particularités de la cellule vivante qui la distingue le plus de la matière inerte c'est son irritabilité, c'est-à-dire l'accumulation d'une somme d'énergie qui peut être mise en liberté par le fait d'une irritation extérieure. Cette énergie accumulée qui peut être mise brusquement en liberté affecte la forme de mouvement, de chaleur, de lumière, etc., et un des phénomènes de ce genre des plus simples et des plus saisissants est la phosphorescence de la mer. Sous l'influence du choc de la rame ou des battements de l'hélice, des millions d'infusoires produisent de la chaleur et de la lumière. Ces phénomènes vitaux d'irritabilité peuvent être considérés comme de véritables explosions. Les matières explosives, en effet, comme les substances vivantes, peuvent sous l'influence d'un choc extérieur, d'une vibration relativement très faible, mettre en liberté une dose énorme d'énergie qui n'a aucun rapport avec la petite action qui a déterminé l'explosion. Mais il y a cette différence entre la substance vivante et la matière explosive, c'est que la première peut indéfiniment renouveler sa dose d'énergie et la remettre en liberté sous l'influence d'une irritation extérieure, tandis que l'autre ne peut se reconstituer spontanément après avoir explosé.

Avec beaucoup de méthode et de clarté, M. le Pr Richet a exposé ces propriétés de la cellule devant un très nombreux auditoire composé surtout de jeunes étudiants de deuxième et de troisième année. Il est toutefois regrettable que son cours ait lieu dans le grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique, car bien que M. Richet prononce très distinctement, la mauvaise disposition de la salle au point de vue acoustique, ne permet pas toujours sur les gradins supérieurs de bien entendre la parole du professeur.

Cours de Pathologie chirurgicale : M. le Pr Lannelongue.

Lundi, 6 novembre à 3 heures du soir dans son Laboratoire, à l'Ecole pratique, M. le Pr Lannelongue a ouvert son cours devant un public nombreux d'étudiants et d'anciens élèves déjà devenus des maitres.

Le programme du cours de pathologie chirurgicale indique cette année l'étude de la chirurgie d'urgence et M. le Pr Lannelongue a consacré sa première leçon à bien préciser ce que l'on doit entendre par chirurgie d'urgence. Dans quatre circonstances l'intervention chirurgicale peut être considérée comme urgente : 1° lorsque la mort est imminente, dans une hémorragie abondante : dans le cas de suffocation par corps étranger du larynx, par exemple ; 2° lorsque le danger de mort sans être aussi pressant, n'en existe pas moins à brève échéance tels les cas de hernie étranglée ou d'obstruction intestinale ; 3° quand le blessé est sous l'influence d'une infection septique ; 4° enfin quand, sans être infectée, la nature de la plaie rend l'infection tout particulièrement probable et dangereuse ; exemple : les fractures compliquées. M. le Pr Lannelongue a terminé en insistant sur la nécessité absolue dans laquelle se trouve le chirurgien de ne jamais quitter le malade avant que le danger prochain soit absolument conjuré. Le cours de M. Lannelongue sur la Chirurgie d'urgence offre donc cette année, en dehors de la haute valeur scientifique de celui qui le professe, le grand avantage d'enseigner des choses indispensables à tout médecin qui veut consciencieusement exercer sa profession.

Cours de Pharmacologie : M. le Pr Gabriel Pouchet.

Ouverture mardi dernier à 4 heures, dans l'Amphithéâtre de Pharmacologie, devant 150 auditeurs environ. Cette première séance ressemble beaucoup, à quelques détails près, à la séance d'ouverture de novembre 1897 (1). Il s'agit de mettre en relief la valeur réelle de certaines préparations galéniques, et de savoir interpréter et préciser chimiquement l'action que les anciens attribuaient à certaines substances simples. Ainsi les graines de courge étaient préconisées en raison de leur ressemblance avec les anneaux du tænia : l'idée fantaisiste à part, la propriété des semences de courge n'en reste pas moins vraie. Si la vipère passait pour avoir tant de vertus médicamenteuses, il est bon, tout en faisant la part de ces exagérations, et en passant par les travaux de Vauquelin, de Fourcroy et de ceux qui sont parvenus à dégrossir la question des principes actifs, d'attacher la plus grande importance au rôle des matières albuminoïdes. Ce rôle, trop négligé jusqu'ici, commence à être mieux connu, grâce aux observations et aux travaux du Pr Pouchet. C'est ainsi que le suc extrait par expression simple, de la fausse oronge, est plus toxique que la *muscarine*, isolée de ce champignon. De même, la *santonine* qui est soluble et passe inutilement et parfois avec danger (intoxication chez les enfants) dans la circulation générale, est loin de valoir, même sous forme de *tannate de santonine*, les graines d'artemisia contra. La *pelletiérine*, même sous forme de *tannate*, n'est pas supérieure, comme effet, à la simple écorce de racine de grenadier. On peut en dire autant pour l'agaric et l'*agaricine*, le lichen et le *cétrarin*, etc. Ainsi, les principes actifs qu'on isole, ne représentent pas toujours les propriétés des matières premières, et c'est dû vraisemblablement aux matières albuminoïdes. Celles-ci peuvent avoir en outre une action toxique propre : exemples, les *toxines*, et en particulier celles du tétanos ; ainsi qu'une action congestive et nécrosante sur la muqueuse gastro-intestinale. D'autre part, les alcaloïdes, glucosides, etc., fabriqués par l'industrie, sont très variables comme effets et propriétés, suivant les circonstances de préparation (digitalines). Donc il ne faut pas se restreindre aveuglément à la thérapeutique des alcaloïdes, et bien connaître les préparations galéniques du quinquina, de l'opium, etc.

En résumé, le cours du Pr Pouchet est très intéressant par ses tendances pratiques, basées sur des faits de laboratoire, sans l'obsession d'idées théoriques préconçues. Le Maitre continuera ces leçons les samedis et mardis, pour consacrer le jeudi, comme d'usage, aux exercices pratiques. Objet des plus prochains cours : suite des hypnotiques (sulfonal, etc.), opium et quinquina.

(1) Voir *Progrès médical*, 1897, p. 380.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE.

(4e session. 19-21 octobre 1899.) (*suite*) (1).

Séance du 20 octobre (suite).

Remarquable efficacité de la méthode des hautes dilatations dans les rétrécissements difficiles et rebelles.

M. Guiard (de Paris). — La dilatation temporaire progressive représente la méthode fondamentale du traitement des rétrécissements urétraux. Effectuée jusqu'à la limite classique (nos 22 ou 23 de la filière Charrière), elle suffit le plus ordinairement pour supprimer les troubles fonctionnels et assurer ensuite une assez longue durée du bénéfice obtenu. Mais il y a des cas où cette limite est insuffisante, laisse persister les symptômes et ne peut même pas empêcher leur aggravation progressive. Alors, la *méthode des hautes dilatations*, jusqu'aux nos 27 ou 28 et davantage au besoin, offre une ressource précieuse dont l'excellence, ignorée du plus grand nombre, mérite d'être mise en relief et vulgarisée.

Elle peut être utilisée à titre curatif et à titre préventif.

A *titre curatif*, elle est indiquée toutes les fois que divers accidents résistent à la dilatation moyenne classique par les nos 22 ou 23. Elle doit être prudemment mais résolument appliquée jusqu'aux numéros les plus élevés de la filière Charrière. Ce serait mal comprendre l'intérêt des malades que de se laisser intimider et arrêter par certains accidents tels que des accès urineux, des saignements plus ou moins abondants et prolongés, etc., qui sont en réalité sans grande importance et qui, loin d'aller en augmentant, cessent plus ou moins vite à mesure que le calibre urétral est élargi. La puissance curative de ces hautes dilatations est démontrée par des faits de guérison rapide et durable, après insuffisance manifeste, pendant vingt-cinq, trente et trente-huit ans des dilatations faibles ou moyennes très fréquemment répétées. Elles peuvent cependant échouer contre certains rétrécissements exceptionnellement épais, longs et rétractiles qui se reproduisent, quoique l'on fasse, dans l'espace de quelques jours, mais qui sont heureusement très rares.

A *titre préventif*, elles sont aussi d'un très grand secours. La récidive des rétrécissements urétraux étant presque fatale, à plus ou moins longue échéance, il y a grand intérêt pour les malades à la prévenir par des mesures spéciales, sans attendre, pour agir, qu'elle soit devenue manifeste. Des cathétérismes ultérieurs, plus ou moins rapprochés, destinés à maintenir le *statu quo*, s'imposent donc indéfiniment après la dilatation curative. Le plus souvent, l'emploi de bougies de moyen calibre est suffisant. Mais lorsque l'excessive rapidité de la récidive exige des interventions par trop fréquentes et laisse à peine aux malades quelques semaines de répit, nous n'avons à lui opposer aucun moyen comparable à la méthode

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 43.

des hautes dilatations. Elle permet bientôt d'espacer beaucoup plus les séances, d'élever par exemple à quatre, cinq et six mois des intervalles qui jusque-là ne pouvaient guère atteindre qu'un mois seulement et avec peine.

Ces dilatations préventives doivent être répétées *aussi souvent qu'il est nécessaire, mais le plus rarement possible.* Le temps qui répond à cette double condition ne peut être méthodiquement déterminé qu'après certains tâtonnements. Les distances, d'abord assez courtes, un à deux mois, suivant la gravité des cas, sont ensuite régulièrement augmentées à chaque visite nouvelle, jusqu'à ce que le passage des mêmes bougies devienne impossible ou très difficile. C'est la durée du précédent intervalle qui doit être adoptée pour l'avenir.

Quant au calibre des instruments à employer, *il doit être de plusieurs numéros supérieur à celui qui a fait disparaître les troubles fonctionnels* si l'on veut éviter leur prompt retour. Plus il est élevé, plus longtemps se maintient la guérison. Un très petit calibre suffit toutefois quand il supprime tous les symptômes pour des périodes de trois à quatre mois; il suffit surtout si la moindre augmentation provoque des accidents.

M. Desnos. — Les hautes dilatations sont assurément nécessaires et peut-être leur indication est-elle plus fréquente que n'a dit M. Guiard; mais il est impossible de fixer des chiffres qui permettent d'affirmer que le traitement est terminé; de grandes variations existent, en effet, dans le calibre de l'urètre suivant les individus. Aussi doit-on chercher un autre guide en cherchant à se rapprocher de l'état normal; or l'urètre physiologique permet un glissement régulier d'une boule exploratrice du méat à la région bulbaire, très doux ou tout au moins sans donner lieu à un ressaut plus ou moins brusque, tel qu'il existe dans le rétrécissement. Les ressauts peuvent exister dans tous les urètres rétrécis quel que soit le degré de dilatation auquel ils aient été conduits. Or tant qu'on en constate, on peut être certain que la guérison n'est pas obtenue : la récidive se produira sûrement à bref délai. Au contraire, même dans les urètres qui n'ont subi qu'une dilatation moyenne, on peut ne constater aucun obstacle, aucune bride et ces urètres ont la plus grande chance pour rester dilatés; j'observe des malades de ce genre qui ont conservé leur calibre reconquis depuis plus de dix ans.

Urétrotomies externes avec suture des parois urétrales sans suture des parties molles et de la peau.

MM. Genouville et Zadok (de Paris). — Nous rapportons six cas d'urétrotomie externe suivant cette méthode et nous croyons pouvoir tirer de notre travail les conclusions suivantes :

La suture totale et complète reste indiquée lorsque les urines et les tissus péri-urétraux sont peu ou point infectés. L'absence totale de réunion sera indiquée surtout par l'existence d'accidents locaux ou généraux, septiques et fébriles. Une technique mixte, associant la suture primitive de l'urètre à un large drainage du périnée, est indiquée, soit quand les tissus paraissant peu malades, les urines sont infectées, et font craindre un échec de la réunion, soit quand le périnée semble trop malade et les urines trop infectées pour qu'on puisse songer à la réunion totale, mais pourvu qu'il n'existe pas d'accidents septiques et fébriles au moment de l'intervention. Dans le premier cas, c'est une mesure de prudence, dans le second, c'est un avantage sérieux pour le malade, dont la guérison se trouve considérablement hâtée, sans aucun risque d'accidents septiques.

La technique consiste à suturer l'urètre sur la sonde à demeure, et a laisser béantes, tamponnées à la gaze iodoformée, les parties molles sous-jacentes et la peau. La cicatrisation est complète en trois ou quatre semaines. Cette pratique, suivie à Necker depuis quelque temps par MM. Guyon et Albarran, nous a également donné, dans nos cas personnels, d'excellents résultats.

M. A. Malherbe (de Nantes). — Sans doute, les précautions consistant à laisser les parties molles béantes peuvent donner de bons résultats, mais nous avons, depuis Chassaignac, un moyen de prévenir les conséquences fâcheuses que pourrait avoir la suture totale, c'est le drainage. Presque toujours un petit drain placé au milieu de la plaie périnéale permet d'obtenir une guérison complète en un mois environ. Ces réserves faites, la pratique indiquée par MM. Genouville et Zadok sera sans doute excellente dans les cas où l'état des parties molles fera craindre que leur réunion ne donne lieu à des accidents.

Calcul de l'urètre périnéal avec prolongement dans l'urètre postérieur : urètrotomie externe.

M. Genouville (de Paris). — Le calcul que je présente est remarquable par son volume, sa forme et surtout son siège, car les calculs de l'urètre antérieur sont généralement petits, alors que les pierres de ce volume et de cette forme sont le plus souvent vésico-prostatiques. Ce calcul a le volume d'une noix qui occupait le cul-de-sac du bulbe, avec un prolongement de 2 à 3 centimètres de long. Il a la forme d'une quenouille.

Des calculs diverticulaires de l'urètre chez la femme.

M. O. Pasteau. — On peut voir se développer chez la femme des calculs au niveau de la paroi inférieure de l'urètre, calculs situés dans une poche appendue à l'urètre, et ouverts dans le canal. Dans un mémoire publié en 1896, en collaboration avec M. le Dr Quénu, nous avons décrit ces *calculs diverticulaires* sous le nom de *calculs sous-urétraux*; il en existait alors 7 observations (celles de Layton, Gentille, Giraud, Chéron, Piaserky et Dubourg); nous en avons donné 2 autres; actuellement je puis vous citer deux observations nouvelles, de Mozzario et de Hottinger, et vous en rapporter un nouveau cas que j'ai observé l'année dernière avec mon maître M. le professeur Tillaux; ici j'ai assisté à la formation du calcul dans une poche préformée que j'avais observée six mois auparavant.

En présence de ces faits, je crois qu'on doit toujours, dans un cas de tumeur siégeant sur la paroi vaginale antérieure, établir un diagnostic précis de la nature : kyste, tumeur ou calcul. Si on pense au calcul, le diagnostic du siège dans la paroi urétro-vaginale se fera par élimination du siège vésical et du siège urétral proprement dit. Comme traitement, l'ablation simple des calculs n'est pas suffisant. Il faut faire la taille urétro-vaginale, suivie de l'ablation des calculs et de la résection de la poche avec suture immédiate en deux plans séparés.

Abcès de la prostate à pneumocoques.

M. Paul Guillon (de Paris). — Les abcès de la prostate, renfermant, à l'exclusion de tout autre microorganisme, du pneumocoque à l'état de pureté, sont rares.

Un malade, sans aucun antécédent pathologique, à la suite d'une seule blennorrhagie datant de vingt-cinq ans, est soigné pour de l'urétro-cystite chronique avec rétrécissement bulbaire large. Quatre jours après la fin du traitement par dilatation, survient une grippe légère sous forme bronoho-pulmonaire : puis quelques jours après, légère poussée de prostatite, surtout caractérisée par de la douleur, mais sans température et sans symptômes de suppuration appréciables par le toucher rectal. Après une évolution lente, toujours apyrétique, brusquement se produit un frisson : température au-dessous de 39°; et une grosse collection purulente se développe avec fusée à la région fessière. A deux reprises, issue spontanée par le rectum de pus fétide; diffusion des plus rapides de l'abcès. Taille prérectale. 400 grammes de pus bien lié, non fétide, recueilli aseptiquement. Suites opératoires normales, sans fistules.

L'examen bactériologique fait par M. Jules Masselin révéla la présence du *pneumocoque* sans autres microbes.

La littérature médicale ne semble pas posséder de cas d'abcès de la prostate dus au pneumocoque pur ou associé. C'est du reste un agent rare des infections urinaires. Sur un ensemble de 270 cas d'auteurs divers, seul Bastianelli l'a trouvé trois fois dans des cystites. Guelliot vient de publier une observation d'abcès du scrotum à pneumoooques, simulant une tuberculose des bourses. Ce sont les seuls faits qui peuvent être rapprochés du cas qui fait le sujet de cette communication.

L'étiologie en reste très obscure, et nous n'avons pas la prétention de la trouver. Le fait nouveau que nous constatons sans l'expliquer est la présence, dans le pus d'un volumineux abcès prostatique, du pneumocoqne pur.

Électro-massage de la prostate contre les prostatites et le prostatisme; remarques sur le traitement des prostatites.

M. le Dr Albert Hogge (de Liège). — J'insiste sur les difficultés du diagnostic étiologique, pathogénique, anatomique des prostatites subaiguës et chroniques. Ce qui limite la valeur diagnostique et thérapeutique du massage selon moi c'est qu'une partie seulement de la glande est accessible au doigt indicateur et c'est pour compléter en quelque sorte l'action du massage que j'ai pensé à lui associer l'électrisation continue, galvanique de la prostate.

C'est dans les cas d'urétro-prostatites chroniques post-blennorrhagiques que j'ai pratiqué cette méthode à l'aide d'un doigtier en caoutchouc que j'ai imaginé et que j'ai fait connaître il y a deux ans déjà. Il faut nécessairement, et avant même de s'occuper de la prostate, s'occuper de l'urètre dans ces cas et ne négliger aucun des moyens adjuvants du traitement des prostatistes : hygiène, diète, applications rectales, hydrothérapie, etc. D'ailleurs, s'il faut traiter la prostatite, il ne faut pas s'acharner contre elle et la *vis medicatrix naturæ* fait souvent ce qu'un long traitement ne parvient pas à obtenir. J'ai appliqué l'électro-massage dans des cas de prostatites chroniques rebelles à d'autres traitements et je crois pouvoir recommander sans réserve ce traitement à mes confrères.

J'ai également appliqué le massage de la prostate combiné au courant continu chez quelques malades à la première période du prostatisme vésical ou de l'hypertrophie de la prostate. Ici encore, j'en ai obtenu de bons effets qui se résument dans la diminution du nombre des mictions nocturnes et la plus grande facilité de ces émissions.

J'avoue avoir constamment échoué chez des sujets plus avancés dans l'évolution de leur maladie. Les prostatiques rétentionnistes n'ont jusqu'ici bénéficie en rien de ce mode de traitement. Nous ne devons pas en être autrement surpris. L'électrisation agit surtout bien contre les congestions de la prostate et c'est à la première période du prostatisme que les congestions à elles seules fournissent le tableau symptomatique. Plus tard, quand les lésions se constituent et que la rétention est faite, le cercle vicieux formé par l'influence réciproque de cette rétention et des congestions doit être rompu par un moyen plus héroïque, la sonde.

Abcès latents de la prostate.

M. Desnos (de Paris). — Les abcès de la prostate n'affectent pas toujours l'allure bruyante des descriptions classiques et du pus peut se développer silencieusement au sein de cette glande dans deux conditions très diverses. Dans l'une, presque toujours au cours d'une hypertrophie prostatique, l'examen rectal montre à un moment donné, l'existence d'une collection liquide dont aucun symptôme n'avait révélé l'existence; elle peut rester très longtemps ainsi enkystée sans déterminer de gêne appréciable ou tout au moins les symptômes qu'elle détermine se confondent avec ceux de l'infection prostatique et vésicale qui est toujours concomitante et l'origine très probable de ces abcès. Dans 2 cas, j'ai observé ces abcès latents et apyrétiques chez des malades atteints d'une rétention brusque, laquelle persista tant que ces collections ne furent pas évacuées et cessa immédiatement après.

Moins connue est la seconde catégorie d'abcès latents ; ceux-ci, de très petites dimensions, s'observent au cours d'affections aiguës et surtout pendant la blennorrhagie. Lorsque celle-ci a déterminé des phénomènes aigus très marqués, on voit souvent des signes de prostatite, en particulier une difficulté croissante de la miction et une douleur pendant toute la durée de l'écoulement de l'urine. L'examen rectal ne révèle que des signes de prostatite aiguë quelquefois peu marqués, sans trace de collection liquide, puis tout à coup apparaît par l'urètre un écoulement purulent abondant, de courte durée, coïncidant avec un soulagement et la disparition de la dysurie ; le toucher rectal provoque toujours l'issue d'une quantité assez grande de pus. Quelques jours après, j'ai pu, dans plusieurs cas, constater l'orifice de l'abcès, à l'aide de l'urétroscope, dans la portion prostatique de l'urètre. Ces cavités se vident mal et sont une cause de persistance des urétrites chroniques.

Sur la prostatite chronique.

M. Castan (de Béziers). — Je vous rapporte deux cas pouvant être étiquetés prostatite chronique.

Un officier de 26 ans, à la suite d'une blennorrhagie de quatre ans, éprouva de la fréquence et de la pesanteur à l'anus : à la suite du massage de la prostate, le dernier verre d'urine montrait une notable quantité de pus, ce qui fit croire à une cystite. Mais, en l'absence de massage, les urines étaient limpides avec quelques filaments.

Ces faits peuvent égarer le diagnostic. La quantité de pus et la fréquence me firent pencher vers le diagnostic de prostatite subaiguë. La guérison a été obtenue par la dilatation combinée au massage quotidien de la prostate et par des instillations de protargol et d'eau oxygénée. Ce fait et quelques-uns analogues me font mettre en doute la fréquence, sinon l'existence de la cystite du col. En effet, la capacité de la vessie était normale, et cet organe ne renfermait pas de pus. Les signes d'irritation étaient provoqués par la lésion de la prostate, qu'il est difficile, sinon impossible, de séparer cliniquement du col.

Le deuxième cas est celui d'un jeune homme de vingt ans, atteint de prostatite chronique vraie, glandulaire, avec symptômes de neurasthénie très avancée. Mais le fait le plus intéressant, c'est que ce jeune malade avait un défilé prostatique très étroit, un bas-fond vésical et une vessie à musculature très affaiblie ; peut-être n'est-ce là qu'un symptôme de l'affaiblissement de son système nerveux. En présence de la sclérose de l'appareil génital, je range ce cas, sinon parmi les prostatiques jeunes, du moins parmi les candidats à l'hypertrophie. Le traitement local eut raison de la prostatite, sans diminuer le volume de la prostate, ni la longueur du défilé, mais l'état neurasthénique resta le même, malgré le sérum et tous les traitements de mise.

Phénomènes du prostatisme dans la prostatique chronique.

M. Janet (de Paris). — J'ai eu l'occasion d'observer deux malades, l'un de 42 ans, l'autre de 54 ans, qui présentaient tous les symptômes de l'hypertrophie prostatique et qui le devaient uniquement à une prostatite chronique ancienne.

La prostatite chronique, surtout quand elle se vide mal et quand elle est excitée par l'usage de la bicyclette et le chemin de fer, produit un obstacle assez sérieux à la sortie de l'urine pour provoquer à la longue une paresse vésicale capable d'amener la rétention incomplète ou même complète.

Traitement de la prostatite chronique.

M. Janet (de Paris). — Il existe des prostatites chroniques non infectieuses justiciables de traitements hydrothérapiques ou de cautérisation de l'urètre postérieur. Les prostatites chroniques infectieuses se divisent en prostatites à gonocoques et prostatites à microbes divers, autres que les gonocoques. Ces derniers affectent seulement quelques glandes de la prostate ou toute la glande.

Au point de vue du traitement, il faut diviser les prostatites en évacuables par massage et non évacuables. Les premières, quelle que soit leur cause, guérissent facilement, les autres sont très rebelles. La faradisation de la prostate, proposée par le Dr Popper, permet d'obtenir l'évacuation de la glande et d'obtenir certains cas de guérison que le massage ne pouvait donner. J'ai fait construire par M. Gentil un faradiseur prostatique pour cet usage.

Bien entendu, ce massage digital ou électrique n'exclut pas les lavages, instillations et médicaments topiques qui le complètent.

M. Hogge. — J'ai peut-être, par une coïncidence, eu des résultats moins favorables par l'électrisation faradique que galvanique. Il faut faire l'électrisation de la périphérie au centre, suivant la topographie glanduleuse de l'organe, et aussi parce que les plexus nerveux sont situés sur les faces latérales de l'organe. On a aussi une meilleure évacuation de la prostate, une contraction de cette glande et aussi souvent des releveurs de l'anus, et également, peut-être, une action chimique électrique.

Lithotritie urétrale appliquée au traitement des calculs de la région prostatique.

M. Guiard (de Paris). — Le traitement des calculs de la région prostatique n'a eu pour objectif, jusqu'à ce jour (Legueu, Desnos, Guyon) que leur extraction directe et en bloc à travers une incision périnéale ou hypogastrique. J'ai pu, dans un cas, mener à bonne fin le broiement sur place du corps étranger et l'évacuation de ses débris par la voie urétrale; je pense que ce mode d'intervention pourrait être appliqué avec profit à d'autres cas analogues.

Cette lithotritie urétrale exige comme condition essentielle que le canal soit facile à traverser dans toute son étendue et ne soit obstrué ni par le volume excessif du calcul, ni par l'envoi d'un prolongement considérable dans la vessie, à travers le col. Il faut, en outre, qu'après avoir conduit jusqu'à la région prostatique un lithotriteur de petit modèle, on puisse l'ouvrir, le renverser et insinuer doucement ses mors écartés en avant et en arrière de la concrétion, de manière à la saisir directement, sans interposition d'aucun repli muqueux. Après le broiement, pour évacuer les débris, les grands lavages et l'aspiration, si utiles dans la vessie, ne peuvent, dans la loge prostatique, être d'aucun secours. J'ai dû recourir à des préhensions directes réitérées, au moyen d'un lithotriteur à mors plats n° 1, qui furent continuées jusqu'à ce que la poche eût été complètement vidée. Alors seulement, pour entraîner les poussières qui auraient pu échapper au lithotriteur, j'eus recours à une irrigation abondante au moyen d'une sonde en soie conduite dans la loge calculeuse, sonde à deux yeux et de calibre assez petit pour permettre le facile reflux vers la vessie ou le méat du liquide injecté.

Ainsi conduite, l'intervention eut les suites les plus simples : dès le lendemain, le malade put se lever, sortir et reprendre sa vie ordinaire. Il est de toute évidence que les opérations sanglantes par le périnée ou l'hypogastre comportent toujours un pronostic beaucoup plus sérieux.

Séance du 20 octobre (soir).

Fistule urinaire ombilicale par persistance de l'ouraque chez un enfant de 10 ans. Cure radicale.

M. Ch. Monod. — Voici l'histoire d'un jeune garçon de dix ans atteint de fistule urinaire ombilicale par persistance de l'ouraque, que j'ai opéré et guéri en suivant un procédé très analogue à celui employé par M. Delagénière.

Après avoir circonscrit la fistule et la peau cicatricielle qui l'entourait par une double incision elliptique, j'ai pénétré dans le ventre et libéré le cordon ouraquien ; mais je ne me suis pas contenté, comme M. Delagénière, de réséquer ce cordon pour en fixer le moignon préalablement fermé par une suture soignée, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, j'ai préféré faire une résection totale de l'ouraque au ras de la vessie en empiétant même un peu sur le sommet de cet organe; la perte de substance vésicale ainsi produite a été refermée à la façon des plaies de la vessie. Cette manière de faire est plus simple, tout aussi sûre, et permet à la vessie, libre de toute attache à la paroi, de reprendre sa place normale dans le ventre.

Avec M. Delagénière, j'insiste sur l'importance d'une bonne résection de la paroi abdominale pour s'opposer à la formation d'une hernie ombilicale consécutive. Je conseille à cet effet, non seulement d'aviver l'anneau ombilical mais, suivant la règle que je suis dans toute laparotomie, de mettre largement à nu les muscles droits par ouverture de leur gaine pour, en rapprochant leurs bords par la suture, obtenir une sangle solide qui s'oppose efficacement à toute issue ultérieure de l'intestin.

Résection de la branche périnéale des nerfs honteux internes dans certaines urétro-cystites douloureuses chroniques.

M. Rochet (de Lyon). — Certains malades atteints d'urétro-cystites ou prostatites rebelles, à forme douloureuse, et accompagnées de troubles persistants de la miction, ne retirent parfois aucun bénéfice des traitements les plus divers tentés sur eux. Dans certaines formes particulièrement douloureuses, on arrive à la taille, mais les bons effets ne durent quelquefois qu'autant que dure la plaie de la taille.

Les douleurs variées qu'ils ressentent (brûlures, cuisson, lancements, etc.), sont accompagnées généralement de spasmes, d'épreintes périnéales et même rénales. En même temps, existent des envies fréquentes et impérieuses d'uriner ; parfois même la miction est gênée par la contracture spasmodique du périnée et du péri-urètre. C'est dans trois de ces cas que la résection de la branche périnéale du nerf honteux interne, pratiquée de chaque côté, nous a donné de pleins succès, et définitifs.

La section de cette branche qui anime tous les muscles périnéaux superficiels et profonds a produit la cessation de tous les phénomènes spasmodiques du côté du périnée et de l'urètre profond ; douleurs et ténesme ont disparu. L'opération en question est innocente; elle est seulement un peu délicate à pratiquer pour arriver sur le tronc même du honteux interne. On abordera celui-ci à sa sortie de la petite échancrure sciatique au moment de sa division en branche périnéale et en branche dorsale de la verge : on sectionnera la première et respectera la dernière.

Cette méthode ouvre une voie nouvelle à la thérapeutique de ces cas invétérés de cystite chronique douloureuse du col. Elle constitue une dernière ressource; et précieuse, dans les cas où la taille elle-même n'a pas pu guérir définitivement les douleurs, et où celles-ci ont reparu une fois la plaie de la taille fermée.

Onze cas de taille hypogastrique pour calcul vésical chez l'enfant.

M. Estor (de Montpellier). — La suture totale de la vessie ne m'a pas donné de résultats sensiblement supérieurs à ceux fournis par le drainage, sauf dans un cas où la guérison fut obtenue en quinze jours. Je pense que si chez trois malades la plaie vésicale s'est désunie, c'est que la suture était imparfaite à sa partie inférieure, point où il est le plus difficile de placer les fils de suture. Aussi, j'estime qu'il y a tout avantage à rapprocher le plus possible l'incision du sommet de la vessie. Dans les cas où, par suite des dimensions du calcul, on est obligé de faire une incision basse, il vaut mieux drainer la vessie. La durée du traitement n'est pas sensiblement plus longue à condition d'employer un seul tube de petite dimension (cinq millimètres de calibre intérieur). Dans tous les cas de suture vésicale totale, je pense qu'il est imprudent de ne pas drainer la cavité de Retzius.

Calcul vésical chez un enfant de 22 mois; taille hypogastrique. Guérison.

M. Boussavit (d'Amiens). — Un enfant de 22 mois, vigoureux, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents héréditaires, est pris, dans le courant du mois de mai 1898, de gêne pour uriner ; urines normales, mais, à chaque miction, l'enfant est obligé de pousser pour uriner. Peu à peu, ces efforts deviennent de plus en plus considérables ; les douleurs surviennent dans la dernière quinzaine d'octobre, et les mictions deviennent très fréquentes, 15 à 20 par jour. Chaque fois, l'enfant crie, se roule à terre et fait de tels efforts pour expulser quelques gouttes d'urine qu'il se produit un prolapsus rectal de la grosseur d'une mandarine.

L'exploration de la vessie sous le chloroforme, à l'aide d'un stylet, permet de reconnaître l'existence d'un calcul.

Taille hypogastrique, le 28 novembre; on trouve un calcul de la grosseur d'une cerise, du poids de 7 grammes, urates et phosphates, enchatonné dans la paroi postérieure; décollement du calcul avec une sonde cannelée; extraction et curettage de la loge vésicale dans laquelle il était fixé. Drainage de la vessie avec un tube unique qui a parfaitement fonctionné. Suture de la plaie cutanée.

Suites opératoires simples. Les douleurs ont complètement disparu; l'urine recueillie par le tube est normale comme quantité; léger dépôt muqueux. Ablation des fils et du tube, le 9e jour. Le 11e jour, l'enfant urine par le canal, urines claires. Le 13e jour, la vessie est fermée; le 18e jour, cicatrisation complète de la plaie hypogastrique, 3 ou 4 mictions par jour ; l'enfant se lève complètement guéri.

Traitement des calculs de la vessie chez l'enfant.

M. CARLIER (de Lille). — M. Carlier a opéré vingt enfants atteints de calculs de la vessie. Ces vingt malades ont guéri ; cinq ont été opérés par la taille hypogastrique avec drainage consécutif ; chez quatre malades, M. Carlier a fait avec succès la suture totale de la vessie après la taille haute, enfin la lithotritie a été pratiquée dans les onze autres cas.

M. Carlier repousse complètement la taille périnéale chez l'enfant. La lithotritie lui paraît être le traitement de choix et ne reconnaît d'autres contre-indications que le volume considérable de la pierre ou sa dureté extrême. Dans ces cas, la taille hypogastrique s'impose, mais il faut la faire suivre d'une suture totale de la vessie et d'une suture presque complète de la paroi musculo-cutanée, en laissant pendant trois ou quatre jours à la partie inférieure un petit drain d'attente.

Corps étrangers de la vessie.

M. CHEVALIER (de Paris). — J'ai enlevé 5 corps étrangers de la vessie et vous en présente 4, le 5e ayant dû être broyé.

3 appartenaient à des femmes, 2 à des hommes. 4 ont été enlevés par les voies naturelles, le 5e ayant déjà perforé la cloison vésico-vaginale a été enlevé par la taille vésico-vaginale. 4 ont été enlevés dans un délai très court après leur introduction dans la vessie, et n'ont produit que des accidents locaux passagers ; le 5e a été extirpé 6 mois environ après son introduction et avait provoqué autour d'une de ses extrémités la formation d'un volumineux calcul. Chez les 3 femmes, il s'agissait de corps étrangers introduits dans un but... nullement thérapeutique. C'était une canule à lavement, une coiffe de compte-goutte en caoutchouc, et enfin un crayon long de 10 centimètres environ, introduit par la portion non taillée, mais dont la pointe provoqua une fistule vésico-vaginale. Cette pointe saillait dans le vagin, mais le crayon ne pouvait sortir, car la base du crayon était entourée d'un volumineux calcul. J'ai dû faire ici la taille vésico-vaginale. Chez les deux hommes, il s'agissait de sondes : un explorateur à boule, qui s'était rompu, et que j'enlevai par une véritable lithotritie, et une sonde Nélaton très friable (elle s'est fragmentée encore depuis son extraction) : je l'enlevai directement avec le lithotriteur à mors plats.

M. POUSSON (de Bordeaux). — La question des corps étrangers de la vessie se présente continuellement. J'insiste sur la variété des corps étrangers, à laquelle correspond une grande variété de procédés thérapeutiques. Voici trois observations très intéressantes. Dans l'une, il s'agissait d'une épingle en écaille, qui n'avait déterminé aucune infection, et pour ainsi dire pas d'infiltration calcaire. Il y eut ici une tolérance très rare. Dans un 2e cas où il s'agissait d'une épingle à cheveux, l'endoscope étant placé dans la vessie, on introduisit un crochet fait *ad hoc* au moyen d'un fil de fer, et l'on put ainsi, *de visu*, saisir l'épingle par sa boucle. Dans un 3e cas, dans un cas de corps étranger de 7 à 8 centimètres de long, qui s'était placé en travers, je commençai par le libérer par une injection forcée. Je pus alors le saisir par une de ses extrémités au moyen d'une pince-longuette. J'ai vu enfin un « faux corps étranger de la vessie » ; un malade, qui se sondait avec les plus grandes difficultés, brisa sa sonde au cours d'un cathétérisme. On fit la cystotomie sans trouver la sonde. En réalité, elle n'était pas dans la vessie, le malade s'étant fait une fausse route.

Les ganglions lymphatiques juxta-vésicaux.

M. O. PASTEAU (de Paris). — Au point de vue topographique, il peut y avoir intérêt à classer les ganglions lymphatiques contenus dans le petit bassin en deux groupes : les ganglions pariétaux accolés au parois pelviennes (pariétaux latéraux au voisinage des vaisseaux iliaques externes, pariétaux postérieurs au devant du sacrum) et les ganglions plongés au milieu des parties molles. Parmi ces derniers, il en est d'accolés absolument aux parois vésicales, ce sont ceux sur lesquels je désire appeler aujourd'hui votre attention. Ils sont situés soit en avant de l'organe et parfois même dans le tissu graisseux rétro-pubien (*ganglions vésicaux antérieurs*), soit sur les côtés le long de l'artère ombilicale (*ganglions vésicaux latéraux*). L'existence des premiers a été démontrée en particulier par Gérota (de Berlin) et cette année même par Küttner (de Tübingen) ; je les ai décrits et figurés dans ma thèse ; enfin M. Bazy vient de communiquer à la Société de Chirurgie deux observations anotomo-pathologiques très nettes où il les a rencontrés. Les ganglions vésicaux latéraux sont connus depuis bien plus longtemps et de nombreux anatomistes les ont signalés, depuis Mascagni jusqu'à Bichat, Boyer et Mercier. Enfin des observations anotomo-pathologiques nombreuses de dégénérescence de ces ganglions donnent une nouvelle confirmation des descriptions anatomiques. Quant à savoir quels sont les *lymphatiques tributaires de ces ganglions* d'après les recherches anatomiques et anatomo-pathologiques, je peux dire que ce sont en grande partie des lymphatiques vésicaux ; d'autre part, Küttner a pu injecter ces ganglions par les lymphatiques profonds du pénis et du gland. L'importance clinique de ces ganglions est indéniable ; sans doute il n'est pas possible de les percevoir ordinairement dans les cas de tumeurs mais leur inflammation pourrait sans doute parfois, comme le pense M. Bazy, être le point de départ d'adéno-phlegmons ayant alors un siège absolument spécial le long des parois vésicales.

Quatre cas d'adénome de la vessie.

M. B. MOTZ (de Paris). — Le nombre des adénomes vésicaux est très restreint. On ne possède que 5 cas d'adénome vésical dont le diagnostic n'est pas discutable. Sur une centaine de tumeurs examinées au point de vue histologique, j'ai trouvé 4 adénomes qui ont déjà subi une dégénérescence épithéliomateuse. Dans un cas, j'ai pu diagnostiquer la tumeur et le malade a été opéré. Dans trois autres cas, j'ai trouvé les adénomes dans le trigone vésical en faisant l'autopsie de vieillards atteints d'une lésion inflammatoire chronique de l'appareil urinaire. Dans un de ces cas, j'ai trouvé dans l'urétère correspondant, un noyau néoplasique et l'examen histologique à démontré qu'il s'agissait aussi d'un adéno-épithélioma ! Dans 2 autres cas d'adénome de la vessie, j'ai trouvé dans la prostate une dégénérescence adéno-épithéliomateuse.

Resultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.

M. B. MOTZ (de Paris). — L'opportunité de l'intervention chirurgicale n'est pas définitivement établie. M. Pousson, au Congrès de Chirurgie de 1895, a présenté la statistique des tumeurs vésicales opérées d'où il résulte que la plus longue survie des malades opérés a été de deux à quatre ans. Les statistiques de M. Albarran et de M. Clado paraissent être en contradiction avec les résultats obtenus par M. Pousson. M. Albarran, sur 48 tumeurs bénignes, compte 36 guérisons et sur 97 tumeurs malignes, 23 guérisons. M. Clado donne sur 62 tumeurs bénignes 49 guérisons et sur 111 tumeurs malignes, 28 guérisons. En présence de ces statistiques en apparence contradictoires, j'ai fait des recherches sur ce sujet à l'hôpital Necker. J'ai pu recueillir des renseignements sur 55 cas de tumeurs vésicales opérées, parmi lesquelles 35 malades ont été opérés il y a trois ans au moins. Sur ces 35 malades, on compte 10 cas de survie. Au point de vue histologique, parmi ces derniers malades, il y a eu 18 cas d'epithélioma, sur lesquels il n'y a qu'un seul cas qui ait survécu depuis trois ans. Les papillomes de la vessie au nombre de 9 ont donné 7 survies avec 4 récidives.

M. A. MALHERBE (de Nantes). — Je crois en effet que les tumeurs épithéliomateuses ne peuvent donner que de mauvais résultats. Il en est tout autrement en ce qui concerne les papillomes : j'ai opéré une série de malades restant guéris depuis 2 ans et demi, 3 ans et 3 ans et demi. Deux de ces malades étaient atteints de papillome. Un autre, opéré depuis près d'un an d'un vaste papillome, reste encore en bonne santé. Dans un autre cas, publié au Congrès de l'Urologie de 1897, j'opérai un vieillard d'une tumeur enkystée faisant saillie sous la muqueuse vésicale, ayant le volume d'un œuf de poule et occupant la concavité de l'arcade pubienne. Cette tumeur, développée probablement aux dépens des glandules antérieures de la prostate, était un adénome à cellules caliciformes. Le malade reste guéri depuis plus de 2 ans et demi. Il y a donc lieu, dans les cas douteux, d'ouvrir la vessie ; si l'on trouve un épithélioma infiltré dans la paroi vésicale, on se repliera en bon ordre ; si, au contraire, on trouve une tumeur

paraissant bénigne, on l'enlèvera largement et l'on obtiendra fréquemment des succès définitifs.

Des troubles urinaires dans les appendicites.

M. Duret (de Lille). — M. Duret explique d'abord que ces troubles s'observent quand l'appendice est en *ectopie*, *en rapport avec la vessie* : ce qui est assez fréquent, car l'ectopie pelvienne varie avec les auteurs de 20 à 30 p. 100 à peu près. Il ne s'agit pas là de troubles purement réflexes. L'auteur divise les accidents observés en trois catégories : 1° des rétentions prolongées, des dysuries, des pyuries, et même des pyélonéphrites. Il n'y a pas cependant communication avec l'appendice. Celui-ci est au voisinage de la vessie et détermine une péricystite, et une infection vésicale *à distance*. Ces phénomènes peuvent même mettre sur la voie du diagnostic du siège anormal de l'appendice (cas de Schwartz) ; 2° *des lésions avec collections purulentes*. D'après les observations recueillies, on peut rencontrer des *fistules pyo-vésicales*, quand un abcès péri-appendiculaire s'ouvre dans la vessie, des fistules *pyo-stercoro-vésicales* et dans d'autres cas même, des *fistules pyo-stercoro-intestino-vésicales*. Les urines sont troubles, fétides et contiennent des corps étrangers. Il y a dans ces divers cas des guérisons obtenues par une action hâtive sur le foyer appendiculaire ; dans d'autres, il a fallu traiter la fistule séparément ; 3° enfin la troisième catégorie de faits est constituée par des calculs péri-vésicaux, soit stercoraux, soit stercoro-urinaires, soit urinaires simples. M. Duret rapporte des cas de calculs urinaires de ces diverses espèces.

M. Reymond (de Paris). — Je suis très heureux de voir confirmer par l'importante communication de M. Duret les idées que je défends depuis 1893. Les trois modes signalés par M. Duret et d'après lesquels l'appendicite peut créer la cystite, sont très intéressants au point de vue clinique, mais plus difficiles à apprécier en ce qui est de la pathogénie. Dans le premier groupes de faits il s'agit d'appendicites en utopie comprimant la vessie; leur rôle est-il seulement mécanique ou déterminent-elles une infection du réservoir urinaire ?

Dans le second groupe, il s'agit de collections purulentes consécutives à une appendicite et développées au voisinage de la vessie. J'insiste sur ce que, en pareils cas, il n'est pas nécessaire que l'abcès s'ouvre dans la vessie pour qu'il y ait cystite. C'est le cas de l'observation que je publiais ici même il y a deux ans avec M. H. Hartmann: le malade n'avait présenté que des phénomènes de cystite peu accentués, et si mon attention n'eût été attirée vers de pareils cas, je n'aurais pas constaté dans ses urines les mêmes microorganismes que l'on devait trouver quelques jours plus tard dans la collection périvésicale. Enfin, en ce qui concerne le troisième groupe, celui des calculs d'origine appendiculaire déterminant la cystite, tombant dans la vessie, et rejetés par miction, je me permets de rappeler la possibilité de formation calculeuse intra-vésicale sous la seule influence de l'infection, comme j'ai eu l'occasion de le déterminer expérimentalement. (*Ann. des voies urinaires*, avril et mai 1893.)

M. Pousson (de Bordeaux). — La communication de M. Duret éclaire la pathogénie d'une perforation intestinale dans la vessie que j'ai observée il y a cinq ou six ans. Un homme gros mangeur, sujet à des douleurs dans la fosse iliaque, rend depuis quelque temps des gaz et des matières fécales par l'urètre. Il est opéré par la cystotomie sous-pubienne et on trouve un pertuis s'ouvrant sur le côté droit de la vessie et qu'on suture. Je ne savais à ce moment comment expliquer cette perforation, mais actuellement je crois que cette perforation était consécutive à une appendicite.

Je puis ajouter aux accidents urinaires d'origine appendiculaire signalés par M. Duret, un cas d'anurie qu'on apporta dans mon service il y a quatre ans. On était sur le point d'opérer ce malade, lorsqu'il rendit un flot d'urine provenant non de la vessie mais de l'uretère distendu, car le cathétérisme était demeuré négatif. On différa l'opération, mais le malade mourut. A l'autopsie, on trouva une collection appendiculaire comprimant l'uretère.

Les pollakiuries uriques.

M. le Dr Chevalier (de Paris). — Depuis les travaux de Thompson, Harrison, Kraus, Guyon, Boursier, rappelés dans la thèse d'Estrabaut on sait que la composition anormale de l'urine, en dehors de toute inflammation locale peut donner de la fréquence de miction. Mais cet état, s'accompagnant souvent de douleur, et quelquefois d'un aspect purulent de l'urine (pas toujours) dont le microscope fait justice, a donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic et de traitement. J'ai eu à observer dans la clientèle privée et à l'hôpital un certain nombre de malades, où l'on a pris pour des cystites un état qui n'était dû qu'à une exagération de l'acidité des urines, et dans les cas les plus fréquents, il s'agissait d'acide urique ou d'urates acides en excès. Les traitements locaux, lavages ou instillations, n'avaient fait qu'exagérer les symptômes, lorsque je fus appelé à intervenir. Je fis supprimer immédiatement les traitements antérieurs, je soumis les malades au traitement anti-goutteux et anti-graveleux (eau de Contrexéville, de Vittel, de Vichy, benzoate de lithine, etc.), et leur imposai un régime sévère. Tous les phénomènes rentrèrent dans l'ordre, à mesure que l'acide urique, les urates et l'acidité des urines redevenaient normaux. Il y a un intérêt considérable pour tous ces malades à ne faire que de l'hygiène et du traitement médical et à éviter un traitement chirurgical qui exagère leurs symptômes morbides.

Urines purulentes et tuberculose.

M. Noguès (de Paris). — La constatation directe du bacille de Koch dans les urines, par l'examen microscopique du dépôt, n'est pas indispensable pour établir le diagnostic de tuberculose de l'arbre urinaire. La purulence, en l'absence de toutes sortes de micro-organismes, devient à elle seule un signe de haute valeur et tous les jours, on voit des urines ne contenant *à l'examen direct* autre chose que des leucocytes venir témoigner d'une lésion de la vessie ou des reins que l'évolution ultérieure montre bien être de nature tuberculeuse. C'est là un point que la clinique a bien établi et M. Noguès rapporte à ce propos une observation tout à fait typique qui lui a été communiquée par son maître, le Pr Guyon. Les procédés que le laboratoire met à notre disposition et qui sont surtout des moyens confirmatifs, sont au nombre de trois : *l'examen direct du dépôt sur lamelles*, les cultures, les inoculations aux animaux. Une longue étude comparative nous fixe sur la valeur respective de chacun d'eux. L'examen direct sur lamelles est le plus rapide mais le moins sûr ; en effet, le bacille de Koch ne cultive pas dans l'urine ; il y est donc habituellement en petite quantité et on n'y tr uve guère que ceux qui auront été mis en liberté par l'ouverture spontanée d'un foyer caséeux. Mais quelques perfectionnements apportés à la technique ont permis de corriger dans une certaine mesure ces conditions défectueuses, et, à ce point de vue, les appareils connus sous le nom de centrifugateurs rendent des services journaliers ; M. Hallé écrivait récemment que sur 200 examens faits à la clinique, il avait pu trouver 70 fois le bacille de Koch par l'examen direct au microscope : cette proportion est très élevée et il est certain que ce perfectionnement dans l'instrumention n'y est pas étranger. *Les cultures* sont un procédé infidèle : il serait en effet bien téméraire de compter sur la culture directe du bacille de Koch en inoculant avec des urines suspectes un tube d'agar ou de bouillon glycériné. La voie indirecte aurait, au dire de Melchior de Copenhague, une plus grande valeur et si l'ensemencement des urines suspectes sur les milieux ordinaires restait stérile, il y a une certitude presque absolue pour que l'on se trouve en présence d'une urine tuberculeuse. Restent donc *les inoculations aux animaux* et l'on peut dire sans crainte que dans les cas douteux, c'est le procédé qui nous éclaira le plus souvent. Le cobaye est l'animal de choix et la double inoculation d'un centimètre cube sous la peau et dans le péritoine est un excellent moyen pour avoir une réponse rapide : dans les expériences qui font l'objet de cette communication, la mort est survenue spontanément vers le 21e jour ; en règle générale, les animaux peuvent être sacrifiés au bout d'un mois et demi, et si, à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion, on peut considérer comme négatif le résultat de l'inoculation. Mes expériences se divisent en deux groupes parfaitement distincts : dans un premier, j'ai fait entrer les urines ne contenant pas à l'examen des bacilles de Koch mais dans

lesquelles on trouvait par contre, des micro-organismes de formes et d'espèces diverses; seule l'évolution clinique permettait de supposer qu'il s'agissait d'urine tuberculeuse. Ce groupe comprend 5 cas, qui sont tous restés négatifs; aucun des animaux en expérience n'a présenté de lésion pouvant faire penser à la tuberculose. La seule conclusion logique à tirer de cette série négative est que les suppositions n'étaient pas fondées et qu'il ne s'agissait pas là d'infection tuberculeuse. Il ne faudrait pas en tirer des conclusions prématurées et s'en prévaloir pour nier l'existence des associations microbiennes dans la tuberculose urinaire.

Le deuxième groupe de ces expériences comprend les urines dans lesquelles le microscope n'a permis de découvrir ni bacille de Koch, ni aucune autre variété de microorganismes. Ici les résultats ont été des plus nets et sur 22 urines inoculées, 15 fois les cobayes ont succombé avec des lésions caractéristiques. Tout commentaire ne pourrait qu'affaiblir la portée de pareils résultats et la conclusion logique à donner à ces travaux est que la purulente, en l'absence de tout microorganisme,devient un signe de haute valeur en faveur de la tuberculose.

Faut-il généraliser et dire que toutes les urines dans lesquelles on ne trouvera ni bacilles de Koch, ni autres microorganismes sont fatalement et toujours des urines tuberculeuses? M. Noguès ne le croit pas. Il faut, en effet, compter avec les suppurations à microbes anaérobies; dans ce genre d'infection il n'est pas exceptionnel, en examinant au microscope le liquide septique, de n'y trouver que de très rares microorganismes, assez rares même pour échapper à un examen attentif. Peut-être est-ce le cas d'un certain nombre d'urines dans lesquelles on ne trouve que des leucocytes. Ce n'est qu'une hypothèse, mais il faut bien se rappeler que l'histoire de ces suppurations anaérobies n'est pas son début; des recherches sur ce point sont en cours au laboratoire de la Clinique et tout fait espérer qu'elles donneront de féconds résultats.

M. Carlier. — Sur cinq de mes malades présentant de la pyurie sans bacilles, il en a eu trois qui sont devenus ultérieurement tuberculeux. Je considère donc que dans ces cas il s'agit de tuberculose en germe; il n'y a que le bacille de la tuberculose qui puisse se masquer dans les urines purulentes.

M. Janet ajoute à l'urine qu'il centrifuge, soit de l'alcool, soit un peu d'ammoniaque. Ce procédé permet de trouver des bacilles dans les urines presque claires.

Bactériurie alcaline. — Pseudo-phosphaturie, pseudo-pyurie.

M. Escat (de Marseille). — Les cas de bactériurie alcaline publiés jusqu'à ce jour sont rares. J'ai observé cette année deux malades qui m'ont été adressés par mon confrère, le Dr Perrin (de Marseille), atteints de cette bizarre affection : l'un se plaint depuis vingt ans d'avoir les urines troubles et de rendre des dépôts visqueux et plâtreux qui, en séchant, forment de la gravelle phosphatique. Le second croit avoir une cystite incurable depuis au moins quinze ans; il accuse les mêmes symptômes que le précédent, fréquence et douleurs des mictions lorsqu'il y a émission de dépôts. Les urines très troubles s'éclaircissent immédiatement par l'addition d'acide acétique ; les dépôts séchés sont formés par des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et des microcoques en grands placards ou en amas granuleux. Il y a quelques rares leucocytes dans les dépôts parfois striés de sang. Le premier malade, âgé de 50 ans,a eu quelques blennorrhagies,il y a vingt ans, il a un bon canal, l'état de la prostate est douteux. Le second a un rétrécissement large résistant que j'ai dilaté. J'ai conclu à deux cas de bactériurie alcaline. Il s'agit ici de microcoques décomposant l'urée et déterminant avec l'alcalinité, d'ailleurs peu accentuée parfois, la précipitation des phosphates. Ces sels étaient, dans les deux cas, en proportion plutôt inférieure vis-à-vis de l'urée. Il n'y avait donc ni phosphaturie, ni pyurie. Malgré les mictions impérieuses et les douleurs vésicales en rapport avec l'élimination des dépôts crayeux, parfois striés de sang, il n'y a jamais eu de vraie cystite. Ni les instillations, ni les lavages nitratés, ni le salol, ni les eaux de Contrexéville n'ont pu avoir raison de cette affection bizarre, elles n'ont produit qu'une amélioration passagère. Mes malades font tous les jours des lavages boriqués sans sonde, et s'en trouvent bien.

Contribution à l'étude des paralysies vésicales dues à des lésions des centres nerveux et de leur traitement par l'électricité.

M. D. Courtade (de Paris). — Il faut, dans les paralysies de la vessie, distinguer les paralysies du corps et celles du col. L'électricité agit très bien sur les paralysies du col, mais elle est beaucoup moins efficace sur celles du corps même de la vessie.

Quelques détails d'asepsie dans le traitement des voies urinaires.

M. A. Castan (de Béziers). — Nous devons être très méticuleux dans nos soins aseptiques; peut-être bien des guérisons ne sont-elles pas obtenues faute de précautions suffisantes. A cet égard, l'étuve d'Albarran nous a rendu un immense service ; grâce à elle, nous obtenons une stérilisation rapide de tous nos instruments, dont un si grand nombre, en somme, ne résisteraient pas à la chaleur. Je m'en sers également pour la stérilisation des flacons; j'ai pu même y introduire les laveurs de l'appareil d'Albarran.

Mais ses dimensions m'ont paru insuffisantes pour les tubes de caoutchouc de ces laveurs, que l'ébullition détruit si vite. J'en dirai autant pour les grands flacons contenant les solutions antiseptiques, pour les récipients du lavabo à pédales, etc. Comme je désirerais en généraliser l'emploi, je demanderai à l'auteur de l'étuve, s'il ne serait pas possible d'en faire construire un très grand modèle, suffisant pour toutes les stérilisations instrumentales.

Séance du 21 octobre. — Présidence de M. le Pr Albarran.

De l'intervention chirurgicale dans certaines formes de néphrites médicales.

M. Pousson (de Bordeaux). — Les excellents résultats que donnent les diverses opérations par le rein (néphrotomie, néphrostomie, néphrectomie), dans les néphrites et pyélonéphrites suppurées et leur peu de gravité ont engagé M. Pousson à intervenir d'une façon précoce dans les infections rénales et à la suite d'autres chirurgiens qui lui ont tracé la voie, il a été conduit à appliquer un traitement chirurgical à certaines néphrites d'ordre médical, compliquées d'accidents mettant la vie des malades en danger. C'est ainsi que, dans l'observation qui a été le point de départ de sa communication, il a pu, chez une femme présentant au cours d'une néphrite, des hématuries profuses et des phénomènes urémiques très alarmants, enrayer le mal par une néphrotomie. La malade, qui avant l'intervention était fortement obligurique, présentait de grandes quantités d'albumine et par contre une diminution considérable de l'urée, vit après l'incision du rein sa sécrétion urinaire se rétablir, son albumine diminuer et le taux de l'urée se relever en même temps que se dissipaient les accidents urémiques. Les choses se maintinrent ainsi tant que le rein demeura fistulisé, mais après sa fermeture les accidents réapparurent moins violents, il est vrai, mais avec une intensité suffisante pour faire regretter au chirurgien bordelais de n'avoir pas pratiqué la néphrectomie, qui par un effet que les connaissances actuelles sur la physiologie pathologique permettent de bien interpréter, aurait sans doute guéri la malade. M. Pousson a réuni 24 faits d'intervention au cours de néphrites compliquées d'accidents graves; 9 cas de néphrite hématurique dans lesquels 7 néphrectomies donnèrent 2 morts et 5 guérisons, 1 néphrotomie, 1 guérison ; 1 simple exploration, 1 guérison ; 2 cas de néphralgies avec 1 néphrectomie, 1 guérison ; 1 néphrotomie, 1 guérison ; 4 cas de néphrites infectieuses subaiguës ; 4 néphrotomies, 4 guérisons ; 8 cas de néphrites infectieuses aiguës; 3 néphrectomies, 3 guérisons : 5 néphrotomies, 2 morts, 3 guérisons. En analysant de près ces opérations, on voit que la mortalité opératoire n'est en réalité que de 2 cas, les 2 autres opérés succombèrent quelque temps après, à la continuation des accidents. Quant aux résultats thérapeutiques, l'hématurie a disparu dans les cas de la première catégorie, en même temps que la sécrétion urinaire

et l'élimination de l'urée se sont rétablies; les douleurs se sont apaisées chez les néphralgiques; l'albuminurie a cessé dans les cas de néphrites infectieuses subaiguës; enfin la fièvre et le cortège des symptômes infectieux ont disparu dans les cas de néphrites suraiguës. Plusieurs objections ont été faites à l'intervention chez les néphrétiques. C'est d'abord la bilatéralité des lésions très fréquentes sans doute, mais que certains faits, et en particulier ceux rapportés dans ce travail, tendent à démontrer moins constante qu'on l'a dit jusqu'ici, surtout au début de l'infection rénale. En second lieu, la difficulté et l'incertitude du diagnostic du côté malade, objection qu'il n'est plus permis de formuler depuis que nous avons à notre disposition la cystoscopie et le cathétérisme urétéral pour éclairer ce diagnostic. Enfin la crainte de voir après la néphrotomie et même la néphrectomie le rein sain se prendre à son tour, est vaine d'après les faits cliniques eux-mêmes: bien plus, l'intervention sur le côté malade a peut-être un rôle de préservation vis-à-vis du côté sain? On comprend de quelle manière agit la néphrectomie pour supprimer les accidents. Le mode d'action de la néphrotomie s'explique par la suppression de la tension intrarénale qui, en empêchant les phénomènes congestifs, met un terme aux hémorragies et en régularisant la circulation permet au rein de reprendre son rôle sécrétoire, d'où disparition de l'albumine et élimination normale de l'urée et autres substances excrémentielles. Quant aux heureux effets que l'ablation du rein malade peut avoir sur l'amélioration de l'état de son congénère déjà touché et sur sa préservation s'il était sain, ils s'expliquent par la cessation du réflexe réno-rénal, la néphrectomie ayant ici un rôle analogue à l'énucléation du globe oculaire dans l'ophtalmie sympathique.

De la cryoscopie appliquée à l'exploration de la fonction rénale.

M. Albarran, en son nom et au nom de MM. Léon Bernard et Bousquet. — Différents auteurs ont étudié la part qui revenait dans la sécrétion urinaire aux phénomènes de tension osmotique. Nous avons cherché à vérifier cliniquement l'influence que pouvaient exercer les altérations du parenchyme rénal sur la concentration moléculaire de l'urine, mesurée par la méthode cryoscopique. Dans ce but, nous nous sommes adressés à des affections unilatérales des reins, en nous aidant du cathétérisme uretéral, qui dissocie pour l'étude la sécrétion de chaque rein; par ce procédé nous éliminions dans l'appréciation de la portée de la concentration moléculaire de l'urine, toutes les causes d'erreur issues de facteurs indépendants de la valeur excrétrice du rein. Nos recherches nous ont conduits aux conclusions suivantes: 1° Les lésions du parenchyme rénal exercent une influence sur la concentration moléculaire de l'urine. 2° L'abaissement du point de congélation de l'urine est en rapport avec le degré des lésions du rein. 3° La méthode cryoscopique peut donc servir à apprécier la valeur excrétrice du rein. Dans les affections unilatérales des reins, l'association à cette méthode du cathétérisme uretéral est indispensable, le mélange des deux urines ne traduisant pas l'anomalie cryoscopique de l'urine du rein malade. 4° Cette méthode présente sur les procédés actuellement connus pour l'exploration de la fonction rénale des avantages incontestables, d'une précision scientifique certaine, d'une commodité pratique suffisante; elle donne la valeur de l'élimination rénale, non plus par le dosage de tel ou tel corps (analyses chimiques) ou par l'étude du passage d'une substance introduite expérimentalement dans l'organisme (procédé du bleu), ou par la recherche indirecte des effets physiologiques de l'injection de l'urine chez un animal (toxicité urinaire), mais bien par l'évaluation de la quantité des molécules éliminées, indépendamment du poids de ces molécules. Telles sont les premières données acquises par nos recherches que nous nous proposons de poursuivre et de compléter.

La néphrite chez les cancéreux.

M. Albarran (de Paris).— On croit généralement que dans le cancer épithélial du rein, le parenchyme rénal est sain dans les portions éloignées de la tumeur; on connaît seulement, et j'ai moi-même décrit, dans la zone de tissu rénal qui entoure le néoplasme, des lésions de sclérose plus ou moins avancée. J'ai examiné dans 11 cas différents d'épithélioma du rein le parenchyme rénal loin de la tumeur; or, dans tous les cas, j'ai trouvé de notables lésions dans les portions du rein que la tumeur n'avait pas envahies. Ces lésions, toujours intenses de néphrite diffuse, atteignent à la fois les épithéliums et le tissu insterstitiel; la néphrite est à la fois parenchymateuse et interstitielle. Dans un seul cas de sarcome que j'ai pu examiner, ces lésions n'existaient pas.

En recueillant par le cathétérisme uretéral l'urine séparée des deux reins chez trois malades, j'ai toujours trouvé du côté malade une diminution de l'urée, des phosphates et des chlorures. Deux fois, par l'épreuve du bleu de méthylène, j'ai constaté un trouble de l'élimination du côté malade. Enfin, une seule fois, j'ai pratiqué l'examen cryoscopique et alors que le point de congélation pour l'urine du rein malade était de — 0,56, celui du rein sain, normal était de 1,54. Donc, l'anatomie et la physiologie pathologiques nous enseignent qne les portions du parenchyme rénal épargnées par le néoplasme, présentent des lésions sérieuses de néphrite et fonctionnent mal. *Le rein du côté opposé au néoplasme* peut être sain comme je l'ai pu constater par l'analyse physiologique (chimique et cryoscopique), légèrement touché, ou profondément atteint par la néphrite. C'est ainsi que chez un malade mort après l'extirpation d'un volumineux cancer du rein gauche, je trouvai des lésions de néphrite aussi intenses dans le rein droit que dans le rein gauche. J'ajoute enfin que, lorsque le rein opposé au cancer n'est pas très profondément atteint, il peut s'améliorer après l'extirpation du rein cancéreux. Voici les faits : la cause de ces néphrites me paraît probablement être l'élimination par les reins des toxines cancéreuses charriées par le sang; il est probable que la toxémie cancéreuse, quel que soit le siège du néoplasme, doit avoir de l'influence sur l'intégrité du rein et peut-être d'autres organes comme le foie, et cela, en dehors de tout phénomène de généralisation néoplasique. En chirurgie rénale, les faits que je signale aujourd'hui peuvent avoir une grande importance au point de vue de l'établissement des indications opératoires.

Recherches expérimentales sur les greffes de capsules surrénales dans le rein.

M. Léon Imbert (de Montpellier). — On sait que sous l'influence des travaux de Grawitz et de son école, les anatomo-pathologistes ont de la tendance, à l'heure actuelle, à attribuer à certaines tumeurs du rein une origine surrénale : des germes surrénaux, aberrants en pleine substance rénale, entreraient en activité, sous l'influence de causes entièrement inconnues naturellement et donneraient lieu à des néoplasmes quelquefois volumineux. Les arguments ne manquent pas pour défendre cette théorie qui a rallié bien des suffrages, surtout en Allemagne; mais il était intéressant de s'adresser à la méthode expérimentale pour lui demander de jeter quelque lumière dans le débat. L'auteur a effectué ses recherches dans le laboratoire de M. le Pr Vialleton sur des chiens, dans les reins desquels il a greffé leurs propres capsules surrénales. Le résultat a été quelquefois nul, d'autres fois assez positif. Dans un cas, la greffe s'est transformée en un tissu à cellules infiltrées de graisse, très analogue microscopiquement à certains lipomes ou pseudo-lipomes du rein. Dans un autre cas, il s'est produit une cavité kystique à revêtement épithélial polymorphe, telle qu'on en rencontre dans certains néoplasmes du rein.

Ces résultats montrent que l'on peut expérimentalement, sinon produire des tumeurs du rein, du moins provoquer des processus histo-pathologiques dont on retrouve les analogues dans les néoplasmes.

De la néphrolithotomie.

M. Tuffier. — Ma communication portera exclusivement sur le manuel opératoire et est uniquement destinée à répondre à quelques critiques de l'opération ordinairement pratiquée; elle portera sur les quatre points : la direction de l'incision cutanée, la manière de créer la brèche musculaire pour arriver au rein, l'incision du rein lui-même et enfin la suture de ce

dernier. L'incision habituellement pratiquée est une incision verticale plus ou moins recourbée à son extrémité inférieure ; je lui préfère une incision beaucoup plus oblique se rapprochant autant que possible de la direction de la douzième côte. Quant au plan musculaire, il est divisé par une incision qui n'est que la continuation en profondeur de l'incision cutanée, mais comme les fibres des divers plans musculaires ont des directions différentes, il en résulte que l'on n'a pas la place que l'on est en droit d'espérer et, en outre, la réparation de cette brèche est plus difficile. Je crois que l'on doit appliquer à la néphrolithotomie une méthode qui tend à s'installer de plus en plus en chirurgie générale et qui consiste à écarter les plans musculaires au lieu de les diviser. Quant au rein lui-même, je persiste à croire que l'incision le long du bord convexe est supérieure à celle que l'on a proposé de faire à 1 centimètre en arrière de ce bord convexe, sous prétexte que la vascularisation était en ce point moins riche. Or, je mets en doute ce dernier point et j'estime en outre que l'incision faite bien exactement sur le bord convexe est la seule qui conduit directement et sûrement dans le bassinet. Enfin, pour altérer le moins possible le parenchyme rénal, il faut être aussi sobre de sutures rénales : en général, un seul point me suffit et deux tampons de gaze stérile appliqués sur les deux faces du rein compriment suffisamment pour assurer l'hémostase.

Hydronéphrose par calcul du bassinet.

M. Pousson. — Je rapporte une observation de calcul du bassinet remarquable par les trois points suivants : longueur de l'évolution de l'affection, caractères particuliers de l'hématurie ; situation exceptionnelle de la tumeur formée par le rein en état de distension. Il s'agit d'un homme de 36 ans, ayant eu, vers l'âge de douze ans, des symptômes vagues de lithiase rénale sans hématurie, et qui ne se mit à pisser du sang qu'à 30 ans. Ces hématuries survenant d'abord à intervalles assez éloignés se rapprochèrent ensuite et prirent tous les caractères, par leur abondance et leur longueur, des hématuries congestives au point que l'on pensait avoir affaire à une néoplasie tuberculeuse ou cancéreuse. L'exploration bimanuelle de la région lombaire gauche, côté d'où provenait le sang, ainsi que le prouvait la cystoscopie, était négative. En effet, la tumeur rénale était à évolution thoracique et ne débordait pas le rebord des fausses côtes. C'est là une disposition très rare, car, on le sait, tout rein qui augmente de volume se déplace:

Anurie calculeuse à forme anormale. Néphrostomie. Guérison.

M. le Dr Escat (de Marseille). — J'ai néphrostomisé, le 30 avril dernier, une jeune fille de 20 ans pour des accidents d'anurie calculeuse dont la pathogénie et l'évolution m'ont paru dignes d'attention. La lithiase a évolué ici avec un cortège d'accidents nerveux bien faits pour dérouter le diagnostic et marquer les indications opératoires. La malade, bien portante jusqu'à 17 ans, commença après une période de chloroanémie, de polyurie et de douleurs inguinales (droites), à expulser des calculs de phosphate et de carbonate de chaux. A chaque expulsion, on vit les douleurs inguinales, coliques urétérales probables, augmenter, en même temps l'oligurie paraît, d'abord intermittente, elle augmente progressivement et devient continue. Des accidents nerveux viennent compliquer la situation ; rétention d'urine complète qui durera jusqu'à la néphrotomie, intolérance stomacale, pseudo-urémique qui cesse après menace d'alimentation artificielle. Pas de signes d'urémie malgré oligurie de 300 à 400 gr. Amaigrissement de 14 kilogrammes en neuf mois. Pas de stigmates d'hystérie, mais état névropathique indiscutable, l'oligurie de 300 à 400 grammes en juillet tombe à 190 grammes le 18 août, 90 grammes le 27 août, 30 grammes le 29 et le 30 au matin. Urines limpides, élimination douloureuse de graviers, malgré la rétention vésicale, chaque calcul a augmenté l'oligurie, la cachexie est extraordinaire, je crains une issue funeste. Le traitement médical est épuisé. La cystoscopie, la radiographie, l'exploration vaginale ne donnent que des indications négatives. Je crois à un calcul urétéral à droite. Néanmoins, néphrostomie blanche du rein droit, cessation de tous les accidents ; le soir même, débâcle urinaire, fermeture du rein drainé le huitième jour. Guérison en vingt jours. Mais trois semaines après, émission d'un petit gravier, puis de deux plus volumineux. La quantité d'urine est de deux litres ; l'urine présente le signe de Gilles de la Tourette et Cathelneau, il y a inversion des phosphates. Il s'agit là d'une véritable lithiase névropathique, peut-être hystérique.

Pyonéphrose consécutive à une grippe. Néphrolithotomie.

M. Desnos. — Un malade ne présentant d'autre antécédent pathologique que quelques douleurs lombaires vagues et très peu intenses, fut atteint d'une violente attaque de grippe au mois de février dernier. Quelques jours après, survinrent des douleurs lombaires vives, presque continues, exaspérées par la pression et surtout le décubitus gauche ; deux mois se passèrent ainsi, les douleurs persistant ; une tumeur rénale se produisit, en même temps que la purulence des urines. Je pratiquai la néphrotomie lombaire et retirai un litre environ de pus épais crémeux, presque sans mélange d'urine, contenant de nombreux streptocoques ; le doigt plongé dans la cavité du bassinet rencontre un calcul volumineux, rameux, enclavé, qui est extrait avec quelques difficultés. Calcul urique avec un mince revêtement phosphatique. Les suites opératoires furent bonnes pendant six semaines environ, la poche restant drainée ; puis la tumeur rénale se reproduisit, le rein droit se tuméfia à son tour et l'état général devint rapidement si mauvais que toute intervention nouvelle parut impossible. Il est difficile d'admettre qu'un calcul d'urate de soude ait pu acquérir un volume aussi considérable en quelques semaines. Il est donc très probable qu'il s'agissait d'un calcul rénal préexistant depuis fort longtemps, n'ayant donné lieu qu'à de vagues symptômes, et que sa présence a été le point de départ d'une infection streptoccique d'origine grippale.

Hydronéphrose par calcul de l'uretère.

M. Carlier (de Lille). — Je communique l'observation d'un malade qui m'a paru être un type d'hydronéphrose due à un calcul de l'uretère. Il s'agissait d'un homme de 38 ans qui avait eu antérieurement des crises de coliques néphrétiques des deux côtés, et surtout du côté gauche. Quelques-unes de ces crises s'étaient terminées par l'émission de graviers. Au moment de l'examen, l'hydronéphrose formait à gauche une volumineuse tumeur occupant tout l'hypocondre et le flanc, et dépassant même la ligne blanche abdominale. Comme il s'agissait évidemment d'une hydronéphrose calculeuse et que le malade avait antérieurement présenté des douleurs du côté droit qui pouvaient faire douter de la valeur fonctionnelle de ce rein, M. Carlier eut recours à la simple incision de la poche. Le liquide qui s'écoula était visqueux et roussâtre, comme dans les vieilles hydronéphroses. Les suites opératoires furent simples, et quelque temps après, le malade expulsait un calcul qui devait vraisemblablement siéger dans l'uretère du côté hydronéphrosé. Ce malade a été revu deux ans après l'opération, la guérison du rein opéré s'était maintenue, mais le malade était resté lithiasique et sa vessie contenait un calcul dont le broiement fut d'ailleurs facile.

M. Carlier insiste sur la rareté des hydronéphroses par calcul de l'uretère.

Mécanisme de l'hydronéphrose au cours du cancer de la vessie.

M. Duret (de Lille). — Intéressant au point de vue du mécanisme de l'hydronéphrose est un cas que j'ai opéré. Il s'agissait d'une grosse poche urinaire dans un rein unique en fer à cheval siégeant dans la région lombaire ; la tumeur occupait le siège ordinaire d'un kyste mésentérique ou pancréatique. Il n'y avait jamais eu qu'une hématurie, mais il existait cependant une tumeur vésicale.

M. O. Pasteau. — Le mécanisme de la *formation de rétentions rénales au cours des tumeurs vésicales* est plus complexe qu'on ne l'a dit jusqu'ici. J'ai étudié cette question avec M. le Dr Boivin, qui en a fait le sujet de sa thèse, et j'ai examiné au musée de Necker, à ce point de vue, de nombreuses pièces. Voici les conclusions auxquelles on peut arriver : Au cours des tumeurs vésicales, on peut trouver de

la *dilatation portant sur toute la largeur des voies urinaires,* vessie, uretère et bassinet, par exemple, lorsqu'il existe un néoplasme annulaire entourant le col ou pénétrant dans l'urètre, ou lorsque la tumeur pédiculaire, mobile, obstrue le col d'une manière presque continue. Je ne parlerai pas de la dilatation qu'on trouve si souvent chez les vieillards prostatiques et qui peut être rencontrée également ici. La *dilatation de l'uretère et du bassinet* peut exister seule, sans distension vésicale et la cause peut en être trouvée : 1° dans la vessie elle-même, lorsque la tumeur est située au voisinage de l'uretère, entourant son orifice en pénétrant dans son intérieur ; 2° dans la paroi vésicale, lorsqu'il y a infiltration néoplasique ou induration inflammatoire de la paroi ; 3° en dehors de la vessie, lorsqu'il y a compression de l'uretère par une masse ganglionnaire secondaire, fait encore peu connu, mais dont j'ai constaté des observations très nettes.

Lithotritie en une séance.

M. le Pr Tédenat (de Montpellier). — Beaucoup de chirurgiens, en Allemagne surtout (Wolkmann, Kuster, Bergmann), ont fait le procès de la lithotritie et ont voulu lui substituer systématiquement la taille hypogastrique. Certes, la taille suspubienne a ses indications, et grâce à la technique actuelle, à l'antisepsie, à la suture bien faite, les résultats qu'on en obtient s'améliorent tous les jours. Néanmoins, la mortalité qu'elle donne chez les calculeux est de 15 à 25 p. 100 suivant l'âge des malades, d'après les statistiques les plus récentes.

La mortalité de la litholapaxie varie de 1.50 à 3 p. 100. Pour ma part, sur 56 litholapaxies, j'ai une mortalité de 1.85 p. 100. Et j'ai broyé en une séance et aspiré en totalité d'énormes pierres. Calcul uratique de 7 c.c., pesant 204 grammes, chez un homme de 55 ans, guérison parfaite en dix jours, le malade se levant à partir du quatrième jour. Calcul de 6 c.c. vieillard de 78 ans, à prostate hypertrophiée. Guérison rapide. Calcul de 5 c.c. et demi chez un vieillard de 82 ans. J'ai broyé deux calculs oxaliques de 3 et 4 c.c. et demi avec rapide guérison. Je crois donc que ni une hypertrophie assez marquée de la prostate, ni l'état infecté de la vessie, ni le gros volume du calcul ne contre-indiquent la lithotritie suivie d'aspiration. Pourvu que, entre la paroi vésicale et la pierre il y ait place pour le lithotriteur, le broiement est possible à un chirurgien exercé au maniement des instruments. Cet apprentissage s'impose, car la mortalité par la lithotritie est dix fois moindre que par la taille, à la condition qu'on emploie une bonne technique et qu'on soit maître de son lithotriteur. Je n'insiste pas sur les soins d'antisepsie pré et post-opératoire. Ils ont une grande influence. Grande aussi est, surtout chez les prostatiques et les injectés, l'utilité de la sonde à demeure au moins pendant les deux ou trois premiers jours.

Radiographie des calculs du rein.

M. Albarran (de Paris). — Je vous montre ici trois épreuves radiographiques de calculs rénaux ; deux fois les deux reins étaient calculeux. Chez ces trois malades, la néphrolithotomie a confirmé le diagnostic radiographique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 octobre 1899.

Sur la simultanéité des phénomènes d'oxydation et des phénomènes d'hydratation accomplis aux dépens des principes organiques sous les influences réunies de l'oxygène libre de la lumière.

M. Berthelot rappelle que les principaux phénomènes chimiques accomplis au sein des organismes sont des phénomènes d'oxydation et d'hydratation ou d'hydrolyse, qui président soit à la nutrition, soit à la production de la chaleur animale. On les envisage en général, comme tout à fait séparés et réalisés sous l'influence d'agents distincts qui auraient seulement ceci de commun, de différer des agents ordinaires de la chimie minérale. Ces derniers (acides, alcalis concentrés opèrent d'une façon violente et avec le concours de températures plus ou moins élevées, tandis que les oxydants organiques agissent lentement. M. Berthelot a recherché l'influence de l'oxygène et de la lumière diffuse ou directe sur les oxydations, en particulier celle de l'éther éthylique. Sous l'influence de l'oxygène libre, activée par la lumière et lentement exercée dès la température ordinaire, l'éther subit à la fois une double réaction ; l'une oxydante qui fournit l'aldéhyde et l'acide acétique et l'autre hydratante qui régénère l'alcool. Il se forme accessoirement du formène, attestant un dédoublement complexe qui se rattache peut-être à l'instabilité du peroxyde d'acétyle, supposé produit tout d'abord. Les phénomènes spontanés observés sur l'éther sont applicables en principe, et probablement en fait, à une multitude de composés végétaux et animaux, tels que le sucre de canne, les saccharoses, les hydrates de carbone naturels, les glucosides, les glycérides, les nitriles, urcides et corps azotés, tous composés susceptibles d'hydratation et d'oxydation. Elle est même plus complète, dans certains cas où les produits oxydés fixent pour leur propre compte, les éléments de l'eau, et dans d'autres où produits oxydés et produits hydratés entrent en combinaison réciproque. La connexité de ces deux actions, ainsi constatée par des expériences purement chimiques, doit exister également dans l'ordre des réactions dites physiologiques, accomplies dans les êtres vivants par le concours des oxydants et des composés à double rôle, oxydables par l'oxygène libre, et susceptibles de transmettre cet oxygène, c'est-à-dire de jouer le rôle d'agents oxydants vis à vis des autres principes contenus dans l'économie.

Sur la fécondation mérogonique et ses résultats.

M. Yves Delage a montré autrefois que chez l'oursin, une moitié d'œuf ne contenant pas de noyau pouvait être fécondée et se développer en un embryon. Ce processus de fécondation, que l'auteur propose d'appeler *mérogonique* est un fait général. Il a pu obtenir avec un même œuf autant de larves qu'il avait déterminé de fragments. Soumis à la fécondation, les fragments, anucléés ou non, d'œufs encore pourvus de leur vésicule germinative restent toujours stériles, tandis que les fragments d'œufs ayant émis leurs globules polaires, identiques en apparence aux précédents, sont fécondés et évoluent. On est forcé d'admettre que seul le cytoplasme ovulaire est nécessaire à la fécondation. Dans la fécondation, le phénomène essentiel est, non pas comme on le croyait, la fusion d'un noyau femelle et d'un noyau mâle dans le cytoplasme ovulaire, mais l'union d'un noyau spermatique à une masse donnée de cytoplasme ovulaire, et le transfert à celui-ci d'un plasma énergétique spécial contenu dans le spermocentre.

La mort par les décharges électriques.

MM. J. Prévost et E. Batolli divisent les effets de la décharge électrique sur les animaux en cinq phases proportionnelles à l'énergie employée, qui varie selon les espèces, le poids et l'âge des animaux : 1° Contraction musculaire généralisée ; 2° Convulsions cloniques : la mort peut survenir par perte de l'élasticité pulmonaire ; 3° Convultions toniques : arrêt respiratoire ; 4° Inhibition nerveuse générale : les muscles lisses sont encore excitables ; 5° Arrêt complet du cœur. La pression artérielle monte d'une manière générale : le centre vaso-moteur n'est donc pas paralysé. La rigidité cadavérique est rapide et énergique.

Les affinités et la propriété d'absorption ou d'arrêt de l'endothélium vasculaire.

M. Henri Stassano. — Dans l'empoisonnement par le mercure, les organes et tissus où ce toxique s'accumule sont les plus vascularisés : la rate, les reins, le foie, les poumons, la moelle des os, la peau, les muscles, qui retiennent le mercure bien après qu'il a disparu du sang. L'affinité de l'endothélium vasculaire pour le mercure est la cause de la prédominance de ce toxique dans les organes les plus sanguins. Cet endothélium agit de même vis à vis d'autres poisons (strychnine, curare) ; ses cellules fonctionnent dans l'économie, tantôt comme organes d'absorption, tantôt comme organes d'arrêt. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 octobre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. le Pr BOUCHARD.

M. E. LABORDE a étudié au laboratoire de M. BOUCHARD, l'influence des alcools sur la digestion des albuminoïdes. Les expériences faites *in vitro* sur de la pepsine ou trypsine et les albumines du blanc de l'œuf, en présence d'alcools divers à dose physiologique ; les albumoses et peptones ont été dosées par la méthode Heatong et Vasing. L'alcool isobutylique, la glycérine et l'acide malique, favorisent à dose faible la digestion pepsique (5 0/00) l'alcool méthylique l'active très peu ; au contraire les alcools éthyliques, propylique; les acides lactique, tartrique, la mannite et le glucose la retardent nettement. La digestion pancréatique est activée par les alcools méthylique, isobutylique, la glycérine et le glucose : retardée au contraire par les alcools éthylique, propylique, les acides lactique, malique, tartrique et par la mannite.

M. GRÉHANT a expérimenté l'intoxication par l'alcool éthylique sur le chien, l'injection dans l'estomac de 650 centimètres cubes d'alcool à 10 0/0. Une demi-heure après l'injection, il fait des prises de sang de demi-heure en demi-heure, et le dosage de l'alcool y est fait par la méthode de M. Niclou. Après la première prise, il contient 0 c.c. 47 d'alcool; après la deuxième, 0 c.c. 64; après la troisième 0 c.c. 69 ; après la quatrième l'animal est insensible à la cornée.

M. J.-V. LABORDE a observé dans ses nombreuses recherches sur l'alcool des phénomènes semblables, et a toujours vu sur les chiens à fistule gastrique, l'alcool et même le vin retarder la digestion stomacale.

M. CHAUVEAU croit qu'il y a exagération antialcoolique et que le vin ne contrarie pas la digestion. Des chiens auxquels on fait absorber des quantités suffisantes d'alcool pour les rendre gris mangent leur pâtée sans aucun trouble.

M. SICARD a expérimenté le microbe de Löwenberg (microbe de l'ozène). 5 échantillons se sont montrés virulents par injection sous-cutanée pour la souris, par injection intra-veineuse pour le cobaye et le chien.

Le sérum des animaux inoculés à petite dose n'a jamais présenté de pouvoir agglutinant vis-à-vis du microbe infectant pas plus que le sérum des malades atteints d'ozène. Il a été impossible de déceler dans le sérum des animaux expérimentés et dans celui des malades aucune action préventive ou immunisante.

Par la méthode des tubes de culture grattée (Chantemesse et Widal) le microbe de Löwenberg ne se différencie pas du microbe de Friedlander ou de Frichs (rhinosclérome). Les microbes anaérobies jouent sans doute un rôle important dans la production de la fétidité de suppurations nasales chez les malades atteints d'ozène.

MM. NICOLAS et ARLOING (de Lyon) n'ont pu faire des injections dans l'estomac de hautes doses de sérum antidiphtérique (30 c. c.) immunisés des cobayes, résultats à rapprocher de ceux de Carrière pour le sérum antitétani et antivenimeux.

MM. AUCHÉ et HOBBS (de Bordeaux) ont inoculé à des grenouilles sous la peau et dans le péritoine la tuberculose aviaire. Sous la peau aucun résultat ; dans le péritoine quelques granulations, mais bien moins grosses et plus rares qu'avec la tuberculose humaine.

MM. AUCHÉ et HOBBS. — Avec des granulations de tuberculose obtenues sur le péritoine de grenouilles inoculées à la tuberculose humaine depuis 20, 43, 158 jours, les auteurs n'ont jamais pu sur gélose obtenir ni cultures de tuberculose pisciaire, ni de tuberculose humaine.

M. FÉRÉ a observé chez une hystérique à la suite d'un accident de voiture une douleur intense du sein avec coloration brunâtre pendant plusieurs mois. Les douleurs ont disparu, mais la mélanodermie s'est localisée à l'aréole et au mamelon depuis 3 ans.

MM. FÉRÉ, LUTIER et DAUGAT ont étudié l'excitabilité mécanique de certains nerfs chez les aliénés. Le nerf sciatique externe et le cubital excités ont toujours donné des résultats positifs. La réaction motrice du facial est plus douteuse. La réaction motrice du cubital est intéressante car elle manque dans plusieurs états nerveux et a été retrouvée même quand il y a analgésie du cubital (Biernacki).

M. ONIMUS. — L'ipéca à petites doses est souvent favorable dans les hémoptysies; l'auteur l'a également employé avec succès dans les métrorrhagies.

M. BARRIER est élu membre de la Société par 36 voix sur 42 votants. E. P.

Séance du 28 Octobre 1899.

MM. GILBERT et CASTAIGNE. — Chez les malades atteints de coliques hépatiques, un phénomène inhibitoire arrête les fonctions du foie comme dans la colique néphrétique, semblable phénomène produit l'anurie. Dans 7 cas, les auteurs ont constaté des pigments biliaires anormaux, glycosurie alimentaire, hypo-azoturie, indicanurie, élimination intermittente du bleu de méthyline ; traduction d'un trouble hépatique profond et qui suit quelques jours la crise coliquative : cette recherche dans l'urine peut aider au diagnostic et explique la présence du sucre signalée par Exner dans la lithiase biliaire, fait qui paraissait inexplicable, mais qui n'est dû qu'à la glycosurie digestive.

M. LEMOINE a trouvé chez 13 dysentériques le bacille de Roger, 2 fois à l'état de pureté dans les selles. Sa virulence en injection intospéritonéale chez le lapin, le cobaye, le chat, est constante. L'ingestion des bacilles morts à ces mêmes animaux détermine de la diarrhée, l'amaigrissement et la mort rapide sans ulcérations intestinales.

MM. BACALOGLU et FOSSARD ont observé deux cas de pseudo-hermaphroditisme (genre gynandroïdes). Dans le premier cas, le clitoris avait 4 centim. 1/2, mais le vagin existait communiquant avec l'extérieur ; dans le second, le clitoris avait 8 centimètres, la soudure des grandes lèvres était complète de l'orifice urétral à l'orifice anal, un véritable raphé périnéoscrotal était manifeste. A l'autopsie, l'utérus, les trompes et les ovaires étaient parfaitement développés, le vagin se terminait en cul-de-sac : sur les ovaires pas de follicules de de Graff : toute la substance ovarienne était transformée en tissus fibreux adulte ; lésions de sclérose de la muqueuse utérine.

M. LAGUESSE. — Le *zymogène* de la cellule pancréatique naîtrait du protoplasma cellulaire : les graines protoplasmiques hématéinophiles se transformeraient en éosinophiles. Pour M. Laguerre, les grains de zymogènes seraient inclus à l'intérieur des filaments basaux, et ces filaments eux-mêmes viennent des noyaux accessoires des corpuscules para-nucléaires.

MM. ARLOING et DUMAREST s'inscrivent en faux contre la vieille opinion si fréquemment démontrée fausse par les faits cliniques de l'antagonisme entre la fièvre typhoïde et la tuberculose. L'immunisation typhique du cobaye n'entrave nullement l'infection par le bacille de Koch.

M. PINOY a expérimentalement infecté par le bacille de Koch la glande sous-maxillaire d'un chien. Pour réussir, il faut, après avoir fait l'injection en plein parenchyme glandulaire, supprimer par l'atropine la sécrétion salivaire pour permettre l'infection par voie ascendante canaliculaire.

M. DELEZENNE a déjà démontré que la destruction brusque de beaucoup de globules blancs dans le sang est nécessaire pour la mise en liberté de la substance anticoagulante. Ces données lui ont fait émettre que dans le globule blanc il y a deux substances antagonistes, l'une, la coagulante, est retenue dans le foie au moment de la désintégration des globules, tandis que l'autre reste en solution dans le plasma assurant ainsi la fluidité du sang hors des vaisseaux. Il répond aux arguments de M. Arthus que toute substance leucocytique doit, pour rendre le sang incoagulable, localiser son action sur les globules blancs, car dès que les globules rouges sont touchés, même fai-

blement, (le ricin, l'atrine, certains extraits d'organes, les accines), les effets anticoagulants sont bien moindres qu'avec la peptone qui détruit les leucocytes sans toucher aux globules rouges.

M. PHISALIX remarque que les expériences avec le venin sur la coagulabilité sont discordantes ce qui nécessitera beaucoup d'expériences d'un déterminisme très précis.

M. LÉPINE a observé chez les animaux une hyperthermie liée nettement à l'action du pancréas. Chez certains chiens à lésions encéphaliques, l'auteur a observé une hyperthermie de plusieurs dixièmes de degrés à la surface du pancréas comparé à la température du rectum, tandis que dans les intoxications typhique, cocaïnique, chez le chien fébricitant, la température du pancréas n'atteint jamais celle du rectum.

MM. AUCHÉ et HOBBS (de Bordeaux). — Chez les grenouilles intoxiquées par la tuberculose humaine ou aviaire à la température ordinaire, le bacille ne multiplie pas, ce qui se démontre : 1° Les granulations ne se développent pas autour des bacilles sales ; 2° les granulations ne se développent qu'autour des gros amas bacillaires ; 3° les lésions des anciens et nouveaux tubercules sont identiques ; 4° que la tuberculose soit vivante ou morte, les lésions sont les mêmes.

M. FÉRÉ présente des poules atteintes de térotomes expérimentation due à l'inoculation de fragments d'embryons. E. P.

Séance du 4 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. MÉGNIN.

M. MARCHOUX a observé au Sénégal un grand nombre de cas de dysenterie : il a toujours retrouvé les amibes, pour la plupart chargées de globules rouges. Avec des injections rectales de déjections dysentériques chez de jeunes chats, il a communiqué à ceux-ci la dysenterie avec abcès du foie et ulcérations intestinales. De ses expériences il conclut : 1° Il est possible de transmettre la dysenterie amibienne aux chats jusqu'au vingtième passage ; 2° les injections rectales de selles dysentériques, chauffées à 45° pendant 30 minutes ne donnent pas la dysenterie aux chats ; 3° l'abcès amibien du foie se produit expérimentalement.

M. PHISALIX. — Le venin de vipère qui détermine l'incoagulabilité du sang chez le chien vaccine-t-il contre la peptone ? Cette opinion, plausible *a priori*, est fausse en expérience. Un chien vacciné contre l'action anticoagulante du venin reste sensible à l'action de la peptone. Inversement, la peptone injectée préventiment au lapin ne le vaccine pas contre les coagulations intra-veineuses de venin. Il est probable que ces substances ne sont pas anticoagulantes par le même mécanisme.

MM. DE GRANDMAISON et CARTIER ont trouvé, chez une jeune accouchée de 20 ans ayant eu des symptômes de septicémie mortelle, du bacille d'Eberth pur dans le sang. Les inoculations de pulpe de reins de rats, de foie, ont donné des cultures pures d'Eberth. L'infection semble s'être faite après la délivrance par la plaie utérine, car la culture du sang de la malade le lendemain de l'entrée avait donné des résultats nuls.

MM. MAUREL et LAGRIFFE ont étudié l'influence des basses températures sur la vie des poissons : 1° Les chondrostomes, tanches, gardons, goujons et congres ne sauraient vivre dans une eau au-dessus de + 33° et au-dessous de + 2° ; 2° le froid et la chaleur produisent à peu près les mêmes symptômes ; 3° dans les deux cas, ce n'est ni à la rigidité cadavérique, ni à une auto-intoxication qu'il faut attribuer la mort ; 4° il semble plutôt qu'il s'agisse d'une modification physique des éléments histologiques, modification qui, à la condition de ne pas durer trop longtemps, permet à ces éléments de revenir à leur état normal.

M. ETIENNE (de Nancy). — Chez une femme enceinte, le fœtus peut, au cours de la fièvre typhoïde, être infecté ou rester indemne. Dans un cas, l'auteur a observé chez le fœtus la mensuration du pouvoir agglutinatif plus considérable que chez la mère.

M. HENRI conclut de ses recherches que la méthode cryoscopique appliquée à l'étude de l'inversion de certains sucres peut donner des résultats aussi satisfaisants que par la méthode polarimétrique.

M. BOHN a fait des expériences d'intoxication par l'ammoniaque.

M. MANNELIAN étudie les cellules du lobe optique des oiseaux. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 octobre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

La vaccination aux colonies.

M. BROUARDEL lit un travail de M. le Dr LOIR (de Tunis). Ce travail montre l'importance de la vaccination aux colonies. Il signale en même temps la fréquence des échecs pendant la saison chaude. Les vaccinations doivent donc être faites pendant les mois froids.

Nouvel appareil pour l'anesthésie chirurgicale.

M. REVERDIN présente un appareil permettant exclusivement l'inhalation des vapeurs par la bouche. Les dangers du réflexe nasal sont donc évités.

Causes de la surdité de Jean-Jacques Rousseau.

M. COURTADE recherche les causes de la surdité de Jean-Jacques Rousseau et l'attribue, à cause de son début subit et des vertiges qui l'accompagnaient, à un épanchement labyrinthique.

Bégaiement guéri par la craniectomie temporaire.

M. JONNESCO (de Bucarest) rapporte l'observation d'un enfant atteint de bégaiement qui fut guéri par la craniectomie. Il s'agit d'un garçon de treize ans atteint d'un bégaiement très prononcé, accompagné d'une asymétrie cranienne avec aplatissement de la moitié gauche du crâne. L'hémicraniectomie temporaire gauche avec résection d'une partie du lambeau osseux et incision libératrice de la dure-mère, a eu pour effet la guérison du bégaiement qui se maintient depuis 8 mois. Ce cas unique prouve que le bégaiement peut tenir à une compression cérébrale due à l'arrêt de développement du crâne, accentué surtout à gauche et amenant l'impossibilité de l'expansion du cerveau sous-jacent. L'opération a donc pour effet de décomprimer le cerveau et de permettre son libre développement. A.-F. PLICQUE.

Séance du 31 octobre.

Les préparations cacodyliques.

M. GAUTIER montre que de préférence, l'acide cacodylique doit être appliqué, chez les tuberculeux, sous forme de cacodylate de soude ou de chaux, à la dose journalière de 0.05 à 0.15 centigrammes, par voie hypodermique. La voie buccale provoque des troubles digestifs, des crampes, une saveur alliacée dans l'arrière-bouche et une odeur d'ail de l'haleine, quelquefois une albuminurie plus ou moins persistante. Il en est de même quand on emploie la voie rectale. Au contraire, on n'observe aucun de ces troubles quand on emploie les injections sous-cutanées. La formule suivante employée dans les essais faits à l'hôpital Boucicaut avec M. Letulle semble la meilleure :

Cacodylate de soude . .	6 gr. 4 centigr.
Alcool phéniqué . . .	X gouttes.
Eau distillée.	100 grammes.

Porter à l'ébullition dans une capsule de porcelaine ou d'argent, et rétablir les 100 c.c. Verser ensuite dans un flacon stérilisé. Chaque centimètre cube répond à 5 centigrammes d'acide cacodylique pur, c'est-à-dire à la dose moyenne à injecter en une seule fois et par vingt-quatre heures, dose que l'on peut en général doubler sans inconvénients, pourvu qu'on laisse le malade se reposer tous

les huit ou dix jours après une période de même durée que celle pendant laquelle il a subi une série d'injections hypodermiques, Il faut interrompre en cas de tendance aux congestions, hémorragies, hémoptysies et chez la femme à chaque période menstruelle.

Vaccine dans les pays chauds.

M. HERVIEUX discute la communication récente de M. LOIR (de Tunis). La pratique de s'abstenir de toute vaccination pendant l'été lui paraît exagérée. Elle est dangereuse en cas d'épidémie.

Les corps étrangers du cerveau.

M. TUFFIER présente trois observations très remarquables d'extractions de corps étrangers du cerveau. L'extraction a été rendue réglée et facile grâce à l'appareil de Contemoulin.

La chorée préparalytique.

M. BOINET (de Marseille), déduit de treize cas fort bien étudiés les conclusions suivantes : I. Il n'existait, au début, ni ictus apoplectique, ni perte de connaissance. Malgré le développement brusque des mouvements choréiformes, la première malade n'a pas été obligée de rester alitée. — II. L'affaiblissement ultérieur du côté hémichoréique tient, dans ces deux cas, à une atrophie musculaire dépendant d'une dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal. — III. La sensibilité est demeurée intacte dans le premier fait; elle a diminué dans le second, très peu et fort tardivement. — IV. Les mouvements volontaires n'exagéraient ni l'amplitude de cette hémichorée dont les secousses diminuaient même légèrement sous l'influence d'une vive attention; ces caractères n'ont pas été notés dans l'hémichorée post-paralytique. — V. Les autopsies, dans des cas analogues, ont montré qu'il s'agissait de foyers d'hémorragie ou de ramollissement localisés dans le segment de la capsule interne situé au niveau de la région lenticulo-striée.

Trois observations d'accidents nerveux au cours du petit Brightisme.

M. MAURICE DE FLEURY rapporte trois faits d'accidents nerveux confusion mentale avec hémiparésie, mélancolie, petit mal épileptique dus au brightisme. Le régime lacté amena une guérison rapide après que les autres médicaments avaient échoué (1). A.-F. PLICQUE.

Séance du 7 novembre 1899.

Complications orbitaires d'origine ethmoïdale.

M. E. KŒNIG étudie la propagation de l'ethmoïdite à la cavité orbitaire. La paroi osseuse de séparation est mince. Ces propagations sont fréquentes et parfois graves.

Mortalité et proportion d'eau dans l'air.

M. CHIAIS (Menton) fait une communication sur les variations quantitatives et qualitatives de la vapeur d'eau dans l'atmosphère et leur rapport avec les variations de la mortalité. La proportion optima de vapeur d'eau dans l'air se trouve entre 5 et 12 grammes de vapeur d'eau par mètre cube d'air, correspondant à 5 à 12 millimètres de tension de vapeur. Quand l'air est très sec, et que la vapeur d'eau tombe au-dessous de 5 grammes par m. c., la mortalité augmente du fait des maladies congestives des voies respiratoires et des affections du cœur. Dans le cas contraire, au-dessus de 12 grammes par m. c., la mortalité augmente du fait des maladies aiguës des voies intestinales et surtout l'athrepsie. A.-F. PLICQUE.

(1) Ce travail sera publié *in extenso* dans le *Progrès médical.*

MONUMENT DU Dr O. DU MESNIL. — Le Comité qui s'est constitué pour l'érection d'un monument à la mémoire du Dr O. du Mesnil fait de nouveau un pressant appel au public médical pour l'aider à rendre « hommage à cet honnête homme, à ce loyal savant » Adresser les souscriptions avant la fin de novembre à M. le Dr Duclos, 17, rue d'Odessa, Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 octobre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Anévrisme de l'aorte.

M. SOUQUES présente un homme de 47 ans, qui depuis février ressent des douleurs intercostales, de la dyspnée d'effort et des quintes de toux, peu après survinrent de la dysphagie et des ictus syncopaux. A l'examen actuel, on constate une tumeur volumineuse faisant saillie sous la clavicule au-dessus de la mamelle gauche. Cette tuméfaction est mate, pulsatile, elle s'étend de la cinquième côte à la clavicule et du bord gauche du sternum au bord antérieur de l'aisselle. La radiographie a permis d'en limiter très nettement les rapports. On ne perçoit plus à gauche le pouls carotidien. L'intérêt de ce cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte consiste surtout dans le siège de la tumeur au niveau de la région pectorale gauche. La poche est vraisemblablement implantée sur la portion horizontale de la crosse aortique et sur la face latérale gauche de cette portion qui regarde non seulement à gauche mais encore en avant. Cette disposition permet de concevoir la localisation actuelle de la tumeur.

M. RENDU fait remarquer la rareté des ictus dans l'anévrisme de l'aorte.

M. SOUQUES pense que les ictus sont dus à une irritation du nerf laryngé supérieur et non à l'irritation du récurrent, car ses crises surviennent sous l'influence d'une déglutition rapide et il ne présente aucun trouble de la voix. Le malade a peu de troubles fonctionnels de compression. Le traitement se borne à l'administration d'iodure.

M. LEGENDRE met en garde contre les rémissions des symptômes de l'anévrisme qui peuvent être attribués à l'influence de la médication.

Inocclusion du septum ventriculaire sans cyanose et sans rétrécissement pulmonaire.

M. VARIOT présente le cœur d'un enfant de 3 mois où l'on constate l'inocclusion du septum ventriculaire sans rétrécissement de l'artère pulmonaire et sans cyanose. Cette malformation cardiaque a été bien décrite par Henri Roger. Au point de vue stéthoscopique le signe pathognomonique est un bruissement au tiers supérieur du cœur. Cette affection mérite le nom qu'on lui donne de maladie de Roger, elle doit être nettement distinguée des inocclusions du septum ventriculaire avec rétrécissement pulmonaire ou avec cyanose.

M. DUFLOCQ a eu tout récemment l'occasion d'examiner une jeune fille de 14 ans atteinte elle aussi de la maladie de Roger. Cette malade a été examinée en 1894 par M. Potain. Elle a actuellement toutes les apparences de la bonne santé. Au niveau du cœur, il existe une voussure, à la palpation on constate un thrill accentué. Il y a une notable hypertrophie du cœur qui porte presque exclusivement sur le ventricule gauche. Le souffle était fort râpeux, son siège n'est ni à la pointe, ni à la base et est nettement systolique. Tous les viscères sont en état satisfaisant et il n'y a aucun trouble fonctionnel. La jeune fille monte à bicyclette. Généralement ces malades ne deviennent pas vieux, ils meurent avant 25 ans. M. Potain a beaucoup étudié ces malformations et son nom doit être adjoint à celui de Roger dans l'historique de cette maladie.

M. MERCKLEN fait remarquer l'absence de troubles fonctionnels chez ces malades qui meurent jeunes. Ils sont, il est vrai, presque tous des dystrophiques, scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques, le plus souvent héréditaires.

Persistance du trou de Botal.

M. MERCKLEN a fait récemment l'autopsie d'un cardiaque ayant présenté des infarctus surtout du rein. Il ne trouva aucun caillot dans le cœur gauche, mais il constata des calculs dans l'oreillette droite et une persistance du trou de Botal. Des caillots avaient passé de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche et causé des infarctus d'apparence paradoxale. Ces cas très rares n'ont pas encore été signalés en France. La pièce du malade signalé par M. Mercklen a été présentée à la Société Anatomique. J. NOIR.

Séance du 27 octobre. — Présidence de M. Troisier.

Arthropathie localisée.

M. Barth présente à la Société un malade atteint depuis huit jours d'une arthropathie localisée à l'épaule gauche, très volumineuse, avec craquements peu douloureux et avec peu de fièvre. Cette arthropathie ressemble par son évolution à une arthropathie d'origine nerveuse. Le salicylate de soude n'a donné aucun résultat et le malade ne présente aucun symptôme d'origine nerveuse.

Tubercule du volume d'un pois implanté à la base d'une valvule sigmoïde de l'artère pulmonaire.

MM. Sabrazès et Brengues (de Bordeaux). — Une jeune fille de 16 ans, issue d'un père phtisique, succombe à une méningite tuberculeuse associée à une poussée granulique des deux plèvres, du péricarde pariétal du foie. Le sommet du poumon gauche et les ganglions trachéo-bronchiques contiennent de petits foyers caséeux ; dans le cœur, au niveau de l'orifice pulmonaire, se trouve un tubercule gros comme un pois. Le bacille de Koch s'est fixé dans le cul-de-sac d'une valvule sigmoïde de l'artère pulmonaire et a présidé à la formation d'un gros tubercule dont les caractères anatomo-pathologiques se confondent avec ceux des lésions vulgaires de tuberculose chronique. Ce nodule tuberculeux a donc pu se développer et s'accroître en un point de l'organisme sans cesse baigné dans le sang veineux. L'évolution caséeuse de ce nodule — qui s'effritait par son bord libre — son siège sur un repli membraneux animé de mouvements rythmiques, étaient éminemment favorables à la production d'embolies susceptibles de se disséminer et de se greffer dans le parenchyme pulmonaire. Cliniquement, cette localisation intra-cardiaque de la tuberculose ne se produisait que par des troubles fonctionnels d'une interprétation difficile, tels que douleurs vagues dans la région du cœur et dyspnée d'effort.

Purpura foudroyant.

M. Boulloche a observé un jeune enfant pris brusquement d'un état fébrile intense, de taches de purpura, de cyanose, d'abattement. Des bains et des lotions froides furent administrés et au bout du second jour l'état s'améliorant, des phlyctènes remplies de sérum sanguinolent survenaient. L'amélioration se maintint et au bout de trois semaines la guérison était complète. M. Boulloche rapproche ce cas des purpuras observés par Guéniot, Henoch et Ausset.

M. Duflocq regrette que M. Boulloche n'ait pas fait l'examen bactériologique du sang, il rappelle que Babès a trouvé des micrococques dans le sang des purpuriques.

Paralysie générale et syphilis.

M. Sérieux et M. Farnarier font remarquer la difficulté qu'il y a, en particulier dans les asiles à être sérieusement documenté sur les antécédents syphilitiques des paralytiques généraux. Ils ont très minutieusement pris 46 observations de paralysie générale et en se basant sur leurs propres recherches, ils concluent que dans 50 0/0 des cas, la syphilis est certaine ou probable. Dans 30 0/0 des cas la syphilis est le seul facteur pathogénique pouvant être sérieusement mis en cause. L'âge moyen des paralytiques généraux est de 40 ans et l'affection cérébrale survient en général dix ou douze ans après l'infection syphilitique. Dans 70 cas pour 100 un terrain névropathique favorisait le développement de la maladie méningo-cérébrale que les auteurs considèrent comme une affection paratoxique.

M. Joffroy remarque que les deux questions des rapports entre la syphilis et la paralysie générale et de la syphilis et du tabes sont les mêmes. Il est indiscutable que des rapports existent entre la syphilis et ces deux maladies nerveuses, mais il est entièrement persuadé que la syphilis n'a qu'une action prédisposante sur l'éclosion de ces maladies. La statistique suffit à démontrer qu'il y a des paralytiques généraux et des tabétiques qui ne sont pas syphilitiques. L'anatomie pathologique ne permet pas d'affirmer que les lésions de la paralysie générale sont syphilitiques, il en est de même du traitement spécifique qui est inactif et qui semble même hâter l'évolution de la paralysie générale. En un mot l'on peut dire que la syphilis n'est qu'un bon engrais de la paralysie générale.

M. Du Castel croit que tout le monde admet à l'heure actuelle que la paralysie générale n'est pas syphilitique mais parasyphilitique. Un point qui reste douteux dans son esprit, c'est de savoir si la syphilis à elle seule peut causer la paralysie générale. Il fait remarquer que la langue par exemple peut être frappée de gommes syphilitiques qui guérissent par le traitement et des scléroses syphilitiques, qui ne sont pas influencées par le traitement. Ces scléroses surviennent sous l'influence d'irritations. Il se demande si une chose analogue ne peut se passer dans le cerveau. Néanmoins il ne croit pas que la syphilis soit cause directe de la paralysie générale.

M. Joffroy rappelle le manque absolu de paralysie générale en Abyssinie et chez les Arabes du désert qui sont dans une forte proportion atteints de syphilis, mais qui ne sont pas alcooliques et ne subissent pas le surmenage intellectuel des peuples civilisés. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 octobre 1899. — Présidence de M. Pozzi.

M. Bazy présente un nouveau procédé de néphropexie, *le procédé du hamac*. Incision des plans cutanéo-musculaires, depuis l'angle costo-musculaire, jusqu'au dessus de la crête iliaque. Incision de la capsule sur la face postérieure du rein, où l'on met trois points de suture. Un fil traverse le rein, au niveau de l'équateur. Un deuxième fil prend prend le pôle inférieur du rein. Un troisième passe entre les deux. Les deux premiers fils sortent par le onzième espace intercostal et, étant noués ensemble, ils viennent appliquer le rein à la face interne de l'espace. Le troisième fil traverse la masse musculaire et le pôle inférieur du rein. La capsule refermée par dessus forme *hamac*.

M. Tuffier présente un rapport sur un travail de M. Demoulins concernant la chirurgie gastrique ; il s'agit d'une tumeur de la région pylorique que M. Demoulins traita par la gastro-entérostomie postérieure, et qui, vingt jours après l'intervention, avait disparu. Pendant l'opération, on constata de l'hypertrophie gastrique, fait constant pour M. Tuffier. M. Demoulins s'est servi d'instruments pour la coprostase, ce que M. Tuffier ne fait jamais. Comme suites opératoires, le malade présenta une hémorragie gastrique, qui a cédé par le lavage de l'estomac, et M. Tuffier fait remarquer que, souvent, après ces interventions, il se dépose dans l'estomac des mucosités concrètes pour lesquelles le lavage rend de réels services. Quant à la disparition de la tumeur, M. Tuffier fait remarquer que les tumeurs du pylore disparaissent de deux façons : par fusion, si c'est une tumeur inflammatoire, ou par ascension sous les fausses côtes ; c'est ce dernier fait qui paraît s'être passé dans le cas de M. Demoulins.

M. Poirier ajoute un troisième mode, qui serait la traction par l'épiploon gastro-hépatique, secondairement envahi.

M. Guinard pense que, fort souvent, on se trouve très bien d'employer les instruments coprostatiques ; neuf fois sur dix, tout va bien, et la dixième fois, il se fait un écoulement de liquide qu'on aurait pu éviter.

M. Schwartz a opéré une malade, qu'il croyait atteinte de linite, par la gastro-entérostomie ; la tumeur, qui avait disparu, est reparue et il est manifeste qu'il s'agit de néoplasme ; certainement le néoplasme était remonté sous le foie.

M. Hartmann n'emploie jamais les instruments coprostatiques. Quant au lavage de l'estomac, il le trouve excellent et l'emploie toujours dès que le malade présente de la température ou une langue sèche. Enfin M. Hartmann présente un moyen de diagnostic sûr des tumeurs du pylore ; on pratique la percussion minutieuse qui montre la présence de la tumeur à l'union des deux courbures ; le phonendoscope confirme ce siège ; et alors, on insuffle l'estomac, le pylore monte à droite ; la percussion et le phonendoscope montrent que le néoplasme a suivi.

M. Ricard fait observer qu'il y a, après les gastro-entérostomies, des hémorragies qui sont le fait, non de l'ulcère gastrique, mais de la ligature défectueuse des artères. Jamais M. Ricard ne pratique le lavage. Au point de vue de la disparition de la tumeur, le procédé le plus fréquent est l'ascension sous les fausses côtes.

M. Bazy prétend qu'il ne faut point attacher trop d'importance au phonendoscope.

M. Reynier préfère pratiquer la coprostase ; le procédé de Souligoux lui paraît être le meilleur en pareil cas.

M. Monod présente un malade qui était atteint de cancroïde

de la lèvre inférieure, et qu'il traita, avec succès, par le procédé de Larger.

M. Schwartz présente une observation intéressante de fracture de jambe, dont il ne put essayer la réduction, sans succès d'ailleurs, qu'au bout de huit jours, le malade ayant eu du delirium tremens. Par contre, il lui fit plus tard, avec M. Hennequin, une ostéotomie oblique, suivie de l'application de l'appareil à contention d'Hennequin,et le malade n'a que 2 centimètres de raccourcissement.

M. Potherat présente une observation d'anévrismes artério-veineux de la jambe, avec troubles trophiques très marqués; il fit l'ablation de la tumeur et les troubles trophiques ont presque disparu.

M. Thiery a observé un cas d'actinomycose temporo-maxillaire vérifié par l'examen microscopique.

M. Reverdin présente une nouvelle table d'opération, qui ne pèse que 15 kilog., qui est portative comme une valise et à laquelle on peut donner les dispositions nécessaires pour les diverses opérations.

M. Nimier présente l'ostéotome du brachial antérieur, dont il a parlé dans la séance précédente et dont il a fait l'ablation.

Schwartz.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS.

Supplément et Errata.

Malgré tous les efforts que nous avons mis à vouloir renseigner nos lecteurs de la façon la plus précise, un certain nombre d'erreurs se sont glissées dans notre *Numéro des Etudiants*, erreurs que nous nous empressons de rectifier et qui sont dues pour la plupart aux réponses trop tardives qu'ont reçues nos demandes de renseignements :

Ecole réorganisée de Besançon (page 356). — *Pathologie externe* : M. Saillard, professeur. Ajouter : suppléé par M. Baigue. — *Anatomie chirurgicale et travaux pratiques de médecine opératoire* : Lire M. Baigue, professeur suppléant au lieu de M. Baigne. — En outre *deux* aides d'anatomie existent à l'Ecole de Besançon au lieu d'un et le service des hôpitaux est assuré par *huit* internes au lieu de six.

Ecole réorganisée de Dijon (page 357). — *Pharmacie et matière médicale* : Au lieu de M. Viallane, lire M. X..., comme professeur.

Ecole réorganisée de Rouen (page 360). — Supprimer au semestre d'été : *Anatomie générale et embryogénie* : M. Bataille. — Ajouter : Douze *internes* nommés au concours sont attachés aux services hospitaliers. Ils sont logés, chauffés, éclairés, nourris et reçoivent 600 francs de traitement. Chaque hôpital possède en outre un élève panseur logé et nourri mais sans traitement. Cinq internes en pharmacie jouissent des mêmes avantages que les internes en médecine. — *Préparateurs nommés au concours* : Un prosecteur avec 500 francs d'indemnité; un aide d'anatomie, des préparateurs de chimie, de physique, d'histoire naturelle avec un traitement de 250 francs. — *Prix décernés par l'Ecole* : 1° Prix de fin d'année : Médailles d'argent et livres. — 2° Prix de travaux pratiques de pharmacie. — 3° Prix du Conseil général (300 francs) après concours. — 4° Prix Henri Pillore (Médaille d'or de 100 et 800 francs) après concours. — 5° Prix Louis Duménil décerné par le Conseil de l'Ecole.

Ouverture des cours de la Faculté de Médecine.

Faculté de Médecine. — *Cours de thérapeutique.* — M. le Pr Landouzy commencera le cours de thérapeutique le vendredi 10 novembre 1899, à 3 heures de l'après-midi (grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — *Programme du cours* : 1° Médication hydrominérale ; stations thermales : situation ; description ; indications thérapeutiques et applications des eaux minérales. 2° Physiothérapie : air, eau, climats. électricité, lumière, chaleur, froid, mouvement (mécanothérapie) étudiés comme agents thérapeutiques.

Cours de médecine légale (page 369). — Lire : Le cours commencera à la Morgue le mercredi 8 novembre, au lieu de : 9 novembre.

Clinique d'accouchements et de gynécologie (page 369). — Lire M. le Pr Pinard, commencera son cours le lundi 6 novembre, au lieu de : 7 novembre.

Cours de pathologie interne (page 370). — Lire : M. le Pr Debove, commencera son cours le samedi 11 novembre, au lieu de : 5 novembre.

Cours de thérapeutique (page 370). — Lire : M. le Pr Landouzy commencera son cours le vendredi 10 novembre, au lieu de : lundi 5 novembre.

Cours de clinique chirurgicale de la Charité. — Lire : M. le Pr Tillaux commencera son cours le vendredi 10 novembre, au lieu de : 6 novembre.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Pr Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 17 novembre 1899, à 10 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et les vendredis suivants, à la même heure.

Cours de Clinique médicale. — M. le Pr Potain commencera son cours de Clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le samedi 11 novembre 1899, à 10 heures, et le continuera les mardis et samedis de chaque semaine, à la même heure. La visite des malades aura lieu à 8 h 1/2 du matin. Leçons de séméiologie, par M. Brodier, chef de clinique. Démonstrations d'anatomie pathologique. par M. Suchard, chef du Laboratoire d'anatomie pathologique.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le Pr Dieulafoy commencera ses cours de Clinique le samedi 18 novembre 1899, à 10 h. 1/2 du matin (Amphithéâtre Trousseau), et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure. Visite et examen des malades tous les matins, à 9 heures. — *Enseignement complémentaire* : Démonstrations cliniques et pratiques Séméiologie. MM. les Drs Kahn et Apert, chefs de clinique : le mercredi et le samedi, à 4 h. 1/2. Anatomie pathologique et bactériologie. MM. les Drs Jolly et Gandy, chefs de Laboratoire : le jeudi, après la visite. Laryngologie, rhinologie, otologie. M. le Dr Bonnier : Le mardi après la visite. Electrothérapie, radioscopie. M. le Dr Lacaille ; le vendredi, après la visite. Dermatologie. M. le Dr Dehu : le lundi, après la visite. Les élèves qui désirent suivre ces cours, sont priés de se faire inscrire, en s'adressant au chef de Clinique.

Pathologie mentale et nerveuse. — M. le Dr E. Dupré, professeur agrégé, commencera ses cours le vendredi 17 novembre 1899, à 10 heures du matin, dans le salon de la salle Sainte-Madeleine, et les continuera à la même heure, les mardis et les vendredis suivants (Hôtel-Dieu).

Hôpital Trousseau. 89, rue de Charenton. — M. Kirmisson reprendra, le mardi 14 novembre, à 10 heures, les leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants. Il continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Cours complet de gynécologie. — M. S. Pozzi, chirurgien en chef de l'hôpital Broca, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, commencera ses conférences de gynécologie clinique le vendredi 10 novembre, à 10 heures, à l'hôpital Broca (annexe Pascal), 111, rue Broca, et les continuera tous les vendredis, à la même heure. Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à 10 heures, sous sa direction, et commencera le lundi 13 novembre, à 10 heures. Ce cours sera complet en vingt-quatre leçons. Démonstrations d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, à partir du 11 novembre par le chef du laboratoire du service.

Cours de clinique des maladies du système nerveux. (Pr M. Raymond). — M. Gilles de la Tourette, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux le vendredi 24 novembre 1899, à 10 heures du matin (Hospice de la Salpêtrière), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — *Programme d'enseignement supplémentaire* : Séméiologie des maladies du système nerveux. M. le Dr Cestan. — Histologie normale et pathologique du système nerveux M. le Dr Philippe. — Psychologie clinique. M. le Dr Janet. — Electrodiagnostic et électrothérapie. M. le Dr Huet. — Examen du larynx. M. le Dr Cartaz. — Examen des yeux. M. le Dr Sauvineau. — Examen des oreilles. M. le Dr Gellé. — Une affiche ultérieure indiquera les jours et heures des conférences supplémentaires.

Cours de physique biologique. (Pr M. Gariel). — M. Broca (André), chargé de cours, commencera le cours de physique biologique le samedi 11 novembre 1899, à 6 heures (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — *Objet du cours* : Méthode graphique. Physiologie du mouvement. Phénomènes physiques des échanges. Travail musculaire et chaleur animale. Electricité biologique. — Ce cours est destiné aux élèves de première et de deuxième années.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de zoologie* (Reptiles, batraciens et poissons). — M. Léon Vaillant, professeur, ouvrira ce cours le mardi 14 novembre 1899, à 1 heure, dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée des galeries de zoologie. et le continuera à la même heure, les jeudis, samedis et mardis suivants. Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des poissons dipnoïques, ganoïdes et élasmobranches (1re partie du cours d'Ichtyologie), tant de l'époque actuelle que fossiles, en insistant sur la répartition géographique des espèces, sur leur utilité dans l'économie domestique, dans l'industrie, etc. Le Cours sera complété par des conférences pratiques au Laboratoire, dans les galeries et à la Ménagerie.

VARIA

Hospices civils de Marseille.

Concours pour la nomination à trois places d'élèves internes en pharmacie des hospices civils de Marseille.

Un concours pour la nomination à trois places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 4 décembre 1899 à 3 heures de l'après-midi, dans l'Amphithéâtre des Concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration des Hospices, à l'Hôtel-Dieu, jusqu'au 30 novembre inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à suivre. — Tout aspirant devra être âgé de 18 ans au moins et de 40 ans au plus; être Français ou naturalisé Français. Il devra produire : 1° Son acte de naissance; 2° un certificat de vaccine; 3° un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de la commune; 4° le certificat de validation de son stage et des certificats de pharmaciens constatant qu'il a fait trois ans de stage, dont un an au moins dans une même pharmacie; ces derniers certificats doivent, sous peine de nullité, être légalisés et indiquer quelle a été la conduite de l'élève pendant son séjour dans les pharmacies. (Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie). Le jury du concours se compose : de deux professeurs de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie, d'un pharmacien de 1re classe de la ville et de deux pharmaciens en chef des hôpitaux.

Epreuves du concours. — Le concours se compose des épreuves suivantes : *Epreuves d'admissibilité* : 1° Reconnaissance de vingt plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle, à la chimie et à la pharmacie et de dix préparations pharmaceutiques proprement dites. Il est accordé à chaque candidat quinze minutes; le maximum est de trente points dont un pour chaque préparation pharmaceutique ou substance chimique; pour les drogues simples, il y a : un demi point pour le nom français, un quart de point pour le nom latin et un quart de point pour le nom de famille; 2° deux manipulations ou préparations pharmaceutiques magistrales ou officinales. Il est accordé une heure et le maximum est de 30 points. — *Epreuves définitives* : 1° Une épreuve orale portant sur la pharmacie galénique et sur la pharmacie chimique. Il est accordé 10 minutes après un temps égal de réflexion. Maximum : 30 points; 2° une épreuve écrite portant sur un sujet de pharmacie, un sujet de chimie minérale et d'histoire naturelle médicale. Il est accordé 4 heures. Maximum 75 points. Les plantes et les substances à reconnaître seront choisies par le jury avant chaque séance et seront communes à tous les candidats passant dans une même séance; il en sera de même pour les manipulations. Pour les épreuves orales, avant chaque séance, les questions seront rédigées au nombre de cinq et placées dans une urne; celle que le sort désignera sera commune à tous les candidats de la même séance. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats; il est tiré au sort entre cinq questions arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance.

Chaque élève sera nommé pour trois ans; la nomination sera renouvelable pour trois autres années, si l'Administration le juge convenable. Ils recevront un traitement de : la première année, 860 francs; la deuxième année, 920 francs; la troisième année, 980 francs. Ce traitement de 980 francs sera continué aux élèves renommés pour une nouvelle période de trois années. Les élèves ne seront nourris et logés dans les hôpitaux que les jours de garde. Ils seront responsables de leur service vis-à-vis de l'Administration et du pharmacien en chef. Ils seront nommés, s'il y a lieu, par la Commission administrative après le rapport du jury d'examen. Ils n'entreront en fonctions qu'au fur et à mesure des vacances d'emploi et devront, en attendant leur installation définitive, remplir les fonctions d'élèves externes.

Les candidats admis recevront un titre provisoire ne leur donnant pas le droit de porter par la suite le titre d'ex-internes des hôpitaux; ce droit ne leur sera définitivement acquis qu'au bout d'une année de service. Il leur sera remis alors un titre définitif. Les élèves cesseront d'office leurs fonctions à partir du moment où ils seront pourvus du diplôme de pharmacien. Les candidats prendront connaissance du règlement intérieur ainsi que de celui spécial à la pharmacie, dans les bureaux du Secrétariat général à l'Hôtel-Dieu. Ils seront tenus d'observer toutes les dispositions actuelles et toutes autres que l'Administration pourrait adopter plus tard.

Développement de la population aux Etats-Unis.

La population des Etats-Unis ne s'accroît pas, ou plutôt, ne s'accroît plus aussi vite qu'on se le figure généralement. Il y a une trentaine d'années, Prévost-Paradol, dans la *France nouvelle*, évaluait à une centaine de millions la population probable de la grande République à la fin du siècle. Il faudra en rabattre. M. H. Newcomb, statisticien au département de l'agriculture à Washington, estime que le recensement de l'an prochain ne donnera pas plus de 74 millions d'habitants pour l'ensemble des Etats-Unis. D'après ses calculs, le taux d'accroissement est en baisse très sensible dans les trois dernières décades. De 30 0/0 dans la période 1870-1880, il est tombé à moins de 25 0/0 pour la période 1880-1890 et il sera à peine de 19 0/0 pour celle qui va finir. Sans doute, il n'y a pas encore péril en la demeure; mais il y a du moins matière à réflexion. Nous empruntons ces chiffres au *Journal des Economistes*, qui nous en donne d'autres, non moins intéressants et instructifs, sur le développement des pensions inscrites au budget des Etats-Unis. Cette fois, la progression ne s'arrête pas. Pour la période quinquennale 1865-1869, le service des pensions s'élevait à 520 millions environ; pour la période quinquennale qui finit au 31 décembre prochain, il atteint 3 milliards 544 millions, soit sept fois plus, — résultat d'autant plus merveilleux que la plupart des pensions sont payées aux vétérans de la guerre de Sécession, laquelle est finie depuis trente ans. Il faut croire que ces braves ont trouvé le secret, non seulement de la conservation, mais de la multiplication en vieillissant : chaque année, leur nombre augmente, tandis que celui des nouveau-nés diminue. Le *Journal des Economistes* attribue la décroissance de la natalité en Europe aux charges toujours plus lourdes du militarisme et du protectionnisme, Nous ne dirons rien du second; mais il est à craindre que le militarisme, tel qu'on le pratique en Amérique, n'y coûte encore plus cher que sur le vieux continent. (*Débats.*)

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VI des annonces.)

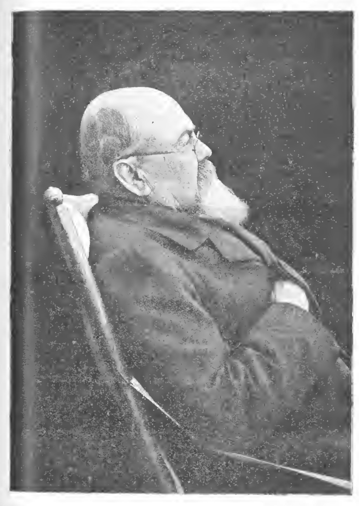
Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, a commencé ses conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi 28 octobre à 5 heures, au laboratoire. — *Objet du cours* : Sources de l'électricité médicale. — Technique générale du maniement des appareils. — Electrodiagnostic. — Rôle de l'électricité médicale dans les maladies du système nerveux. — Electrothérapie gynécologique. — Le nombre des places étant limité, MM. les étudiants en médecine et docteurs sont priés de s'inscrire au Laboratoire, les mardis, jeudis et samedis, de 2 heures à 4 heures.

Conférence d'Internat. — MM. le Dr Milian, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, et A. Schwartz, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine, commenceront dans les premiers jours de novembre, à l'Amphithéâtre Cruveilhier, de l'Ecole pratique, une conférence d'Internat dont le nombre des élèves sera limité. — Le prix d'inscription est de 30 francs. — Se faire inscrire chez M. le Dr Milian, 36, boulevard Saint-Germain, les mardi, jeudi, samedi, de 3 à 6 heures.

Conférences de Déontologie médicale. — MM. P. Le Gendre et Lepage commenceront des conférences le lundi 9 novembre, à 9 heures du soir, à l'Hôtel des Société savantes, 28, rue Serpente. Ces conférences gratuites auront lieu les lundis 13, 20 et 27 novembre, à la même heure. Ne seront admis que les étudiants en médecine sur la présentation de leur carte.

NÉCROLOGIE



M. le Dr ROBINET.

Le Dr Robinet qui vient de mourir était né à Vic-sur-Seille, dans une partie aujourd'hui annexée de la Lorraine, le 25 avril 1825. Ses goûts le poussèrent de bonne heure vers la médecine, et son instruction secondaire à peine achevée, il vint à Paris. Paris était alors en pleine effervescence philosophique et politique. Auguste Comte venait d'achever la construction de sa philosophie positive et la royauté de Juillet s'effondrait dans le mépris public. Le jeune étudiant ne fut pas moins assidu aux cours de la Faculté qu'aux leçons d'Auguste Comte et aux réunions révolutionnaires, et quand vinrent les journées de Février, on le trouva au premier rang des combattants. Depuis lors sa vie se partagea entre trois grandes passions : la médecine, la philosophie et la politique.

Médecin, nul n'a eu une plus noble idée de sa profession. Il l'exerça avec un désintéressement et un zèle qui a dû faire sourire bien des gens. La pensée que son art put mener à la fortune lui était odieuse, et s'il n'a jamais refusé de soigner le client riche, il allait par une sorte d'inclination naturelle vers le client pauvre, vers celui qui ne payait pas. Aussi lui-même a-t-il vécu et est-il mort pauvre.

Tout en pratiquant la médecine, il se jetait délibérément dans la bataille philosophique et politique. Disciple d'Auguste Comte qui fit de lui un de ses exécuteurs testamentaires et le prit comme médecin, il fut toute sa vie l'un des plus fervents propagateurs du Positivisme. Sa *Notice sur l'œuvre et la vie d'Auguste Comte* est, à ce point de vue, l'ouvrage le plus considérable qu'il ait publié, mais depuis la mort du maître et surtout depuis 1870, il n'est guère d'année où il n'ait apporté quelque contribution écrite à la doctrine qui lui était chère.

D'après les conseils d'Auguste Comte, il s'était attaché de bonne heure à l'étude de la Révolution, mais n'osant l'aborder de suite dans son ensemble, il entreprit de la faire comprendre et aimer à travers l'homme d'État qui la résume le mieux, à travers Danton. De cette préoccupation est sortie une série d'ouvrages réellement décisifs pour l'histoire du mouvement révolutionnaire et la réhabilitation de ceux qui l'ont dirigé. Le premier en date est le *Mémoire sur la vie privée de Danton*, auquel succédèrent le *Procès des Dantonistes*, puis *Danton homme d'État, Danton émigré*, enfin une remarquable et considérable étude sur la *Vie et l'œuvre de Condorcet*. Plus tard il s'adonna à l'étude du *Mouvement religieux sous la Révolution*, et après des années de recherches, il fit paraître sous ce titre le premier volume d'un ouvrage qui devait en comprendre trois. Le troisième reste inachevé.

Ses travaux sur la Révolution l'avaient mis en relation dès la fin de l'Empire, avec tout ce que Paris comptait alors de républicains militants. Il fut parmi eux l'un des plus ardents au combat et contribua plus que personne à une élection restée célèbre dans le VIe arrondissement, celle de Jules Ferry en 1869. Maire de ce même arrondissement pendant la guerre jusqu'au 31 octobre, il y demeura durant vingt-cinq ans le chef incontesté du parti républicain. Comme bien d'autres il eut pu briguer des fonctions électives, des places, des honneurs : ses services et sa popularité lui en donnaient, certes, le droit. Il préféra demeurer simple citoyen.

Ce brave, cet excellent homme, avait été frappé au cours de sa vie de deuils particulièrement cruels. En 1881 il avait perdu une femme, non moins remarquable par l'esprit que par le cœur, qui s'était associée avec un dévouement sans égal à sa triple tâche de médecin, de philosophe et d'homme public. En 1887, il perdit son fils Gabriel en qui il avait mis tant d'espérances et dont le Conseil municipal de Paris avait fait l'un de ses vice-présidents. Il y a deux mois enfin il vit s'éteindre entre ses bras sa petite-fille, Mme Hélène Boell, fille du Dr Dubuisson, à peine âgée de 24 ans; et la douleur qu'il en a ressentie a très certainement hâté sa fin.

Le Dr Robinet laisse le souvenir d'une bienveillance infatigable, d'un labeur acharné, d'un dévouement incomparable à la République. Ce fut, pour employer une expression de son maître Auguste Comte, un *altruiste* dans toute la force du terme.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 22 oct. au samedi 28 oct. 1899, les naissances ont été au nombre de 1138, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 394, illégitimes, 151. Total, 545. — *Sexe féminin* : légitimes, 423, illégitimes, 170. Total, 593.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 22 oct. au samedi 28 oct. 1899, les décès ont été au nombre de 925, savoir : 492 hommes et 433 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 4. T. 13. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 2, F. 1. T. 3. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 4. F. 2, T. 6. — Grippe : M. 3, F. 0, T. 3 — Phtisie pulmonaire : M. 116. F. 76, T. 192. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 7, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 6, T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 12, T. 12 — Tumeurs malignes : M. 25, F. 28, T. 53. — Méningite simple : M. 7, F. 6, T. 13. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 29, F. 28, T. 57. — Paralysie, M. 3, F. 3, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 1, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 23, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 1, T. 3. — Bronchite chronique : M. 14, F. 9, T. 23. — Broncho-pneumonie : M. 7, F. 14, T. 21. — Pneumonie : M. 11, F. 17, T. 28. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 22, T. 43. — Gastro-entérite, biberon : M. 12, F. 12, T. 24. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 3, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale, M. 11, F. 7, T. 18. — Sénilité : M. 12, F. 22, T. 34. — Suicides : M 5, F. 6, T. 11. — Autres morts violentes : M. 12, F. 6, T. 18. — Autres causes de mort : M. 81, F. 10, T. 141. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 1, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 13. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 8. Total : 32.

Conférences pratiques sur l'allaitement artificiel. — M. G. Variot, médecin de l'hôpital Trousseau. — Ces conférences auront lieu le vendredi de chaque semaine, à 9 heures 1/2, au Dispensaire de Belleville, 124, boulevard de Belleville. Elles commenceront le premier vendredi de novembre. A chaque consultation une centaine de nourrissons sont pesés et inspectés.

Contre la Tuberculose. — M. Raoul Bompard, député de Paris, prenant texte des travaux du Congrès international de la tuberculose qui vient de se tenir à Berlin, vient d'adresser à M. Waldeck-Rousseau, président du Conseil, une lettre pour l'inviter à créer, en France, une grande commission pour l'étude des moyens propres à combattre la tuberculose. « Ne pensez-vous pas, dit M. Bompard, qu'il serait utile d'instituer une commission analogue à celle qui a fonctionné en 1896 à l'Assistance publique de Paris et dont les travaux ont abouti, en une seule année, à faire voter la création de services de tuberculeux pour une somme d'environ 13 millions? Cette grande commission préciserait l'étendue du mal, les progrès déjà réalisés et les ressources nécessaires, et préparerait au besoin les projets de loi à soumettre au Parlement.

Distinctions honorifiques. — M. Roquemaure, médecin de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur : 7 ans de services dont 2 ans aux colonies. Faits de guerre au Soudan. Faisant partie d'une colonne, au Soudan, a donné le plus bel exemple de dévouement et de bravoure dans l'attaque de 1er novembre 1898, en relevant et soignant les blessés, après avoir été lui-même foulé aux pieds des chevaux. — M. Debierre, docteur en médecine, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille, ancien médecin-major, a été nommé au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur : a contribué largement à l'organisation de l'enseignement technique à Lille ; 23 ans de services.

Epidémies. — *Peste.* — Un jeune matelot d'un navire de la Compagnie péninsulaire orientale, venant de Bombay, a été atteint de la peste en arrivant en Angleterre. Il a été interné dans un bateau-hôpital qui se trouve en rade de Plymouth. (*Le Bonhomme Normand*, du 26 octobre 1899.)

Fièvre scarlatine. — Une épidémie de fièvre scarlatime s'est déclarée à Ezy (Eure). Elle sévit particulièrement sur les enfants. M. le Dr Dauvel a ordonné la fermeture des classes pour trois semaines à dater du 9 octobre. (*Le Progrès* de l'Eure du 13 octobre 1899.)

La Rougeole. — Une épidémie de rougeole sévit en ce moment à Cherbourg sur les enfants. Une école maternelle a été fermée. Il est question de les fermer toutes. (*Le Bonhomme normand* du 2 novembre.)

Le feu a l'hôpital de Rodez. — Un incendie, dont on ne connaît pas encore les causes, s'est déclaré dans le rez-de-chaussée du pavillon de droite de l'Hôpital général, dans une salle pleine de bois à brûler, paille et autres corps très combustibles. Dans l'étage au-dessus de cette salle reposaient vingt-huit vieillards infirmes, dont quatre aveugles. Tous ces pauvres gens, couchés depuis deux heures, ont été réveillés par une fumée épaisse et se sont sauvés rapidement, emportant leurs vêtements et poussant des cris pour donner l'alarme. Bientôt l'administration, les religieuses et tous les pensionnaires non complètement perclus de l'établissement ont été sur pied. Les pompiers et la garnison sont arrivés et l'incendie a été vigoureusement attaqué ; à minuit tout danger avait complètement disparu. (*Le Journal.*)

Un legs important a la ville d'Angers. — On nous écrit d'Angers qu'une personnalité angevine originale vient de disparaître en la personne de M. Hérault, décédé, vendredi, au dispensaire des Sœurs de la rue Saint-Blaise, à l'âge de quatre-vingt-trois ans. M. Hérault, plus connu sous le nom de « père Hérault », était le type accompli de l'avare. Ses vêtements sordides, l'aspect de son vaste hôtel de l'avenue de Paris, aux volets clos, aux murs lézardés, donnaient beau jeu à la légende qui accordait peut-être une importance exagérée à la fortune du vieillard : deux millions environ. Par son testament, ouvert, hier, en l'étude de Me Bourron et daté de 1879, M. Hérault lègue toutes ses valeurs mobilières et immobilières à la ville d'Angers, sauf l'hôtel de la rue de Paris et à charge pour la ville que ces biens soient employés au profit d'œuvres *laïques*. (*Le Petit Temps*, 3 juin.)

Service de Santé de la Marine. — M. Barrême, médecin principal de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 20 novembre 1899. — M. Giraud, médecin de 2e classe, a été nommé au grade de médecin de 1re classe, — M. Sambuc, médecin de 2e classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer, au 10e régiment d'infanterie de marine en Annam, M. le Dr Paucot, qui terminera en janvier prochain les deux années de séjour réglementaire.

Tableau d'avancement (1er janvier 1900). — Pour le grade de médecin en chef : M. le médecin principal Brémaud. — Pour le grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe Laugier, Le Dantec, Millou, Rétière. — Pour le grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe Etourneau, Renault, L'Egoualc'h, Forgest, Defressine. — Maintenus pour une nouvelle période de deux années au tableau d'avancement : Pour le grade de médecin en chef : MM. les médecins principaux Abelin, Ambiel. — Pour le grade de pharmacien en chef : M. le pharmacien principal Rouhaud. — Pour le grade de pharmacien principal : M. le pharmacien de 1re classe Cavalier.

Tableau de concours pour la Légion d'honneur. — Pour le grade d'officier : MM. les médecins en chefs : Fontan, Danguy des Déserts. — Pour le grade de chevalier : MM. les médecins de 1re classe : Bousquet, Valence, Chové, Séguin, Hagen, Santelli, Gorron, Fallier, Depied, Galbruner, Gastinel, Berthier, Mayolle, Dessmond, Sicard, Sicher-de-Forges, Dérobert,

Laïcisation des hôpitaux. — *Limoges.* — La laïcisation des hôpitaux de cette ville a été votée, il y a déjà quelque temps, par le Conseil municipal. La majorité de la commission administrative est toujours réactionnaire. S'il en est ainsi, c'est que le préfet de la Haute-Vienne choisit les membres de la commission, dont la nomination lui appartient, parmi les adversaires de la République. Pour que cette réforme s'accomplisse, il suffirait que le préfet à la fin de l'année remplace l'un des administrateurs sortants par un administrateur républicain. En agissant ainsi, il ne ferait que son devoir de fonctionnaire de la République. En tous cas, aux prochaines élections municipales, la question de laïcisation sera de nouveau soumise aux électeurs.

Saint Chioux. — Paul Eudel, dans son livre *A travers la Bretagne*, raconte sa visite à la cathédrale de Saint-Brieuc et termine ainsi : « Station à la sortie. Au dehors, des échoppes ont poussé, comme des verrues, entre les contreforts de l'église. Nous nous arrêtons pour dessiner sur notre album de voyage une figure grotesque, enfoncée dans un pan coupé. Un homme qui a mis culotte bas. Ce petit personnage rabelaisien, appelé saint Chioux dans le pays, amuse tout les visiteurs. On dit qu'il se prélasse sur un pot de chambre. » (P. 194.)

L'Esprit des autres. — *Tolérance et militarisme.* — « Pardonnez-leur, Seigneur ! dit le pasteur en voyant sortir le capitaine, car depuis que le monde est monde, ces gens-là n'ont jamais su ce qu'ils faisaient, et ils tueraient un homme pour sa croyance avec autant de tranquillité d'esprit qu'ils lui adressent un compliment. » (E. Pelletan, *Jarousseau*, p. 102.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr C. Maucetel, adjoint au maire de Mirecourt (Vosges). — M. le Dr Maydieu (d'Argent). — M. le Dr Robert (de Ligny). — M. le Dr Grenat (de Paris).

Poste de Médecin vacant. — A prendre immédiatement excellente situation pour un médecin. Pays composé de gens riches et bons payeurs, 8.000 habitants. Foires tous les mois ; marchés hebdomadaires. Logements superbes à prix modérés. Pour tous renseignements, s'adresser aux Bureaux du Journal.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 46. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 NOVEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

OTOLOGIE

Des indications de l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne dans les suppurations chroniques;

Par BARATOUX.

Une des questions qui intéressent au plus haut point la chirurgie auriculaire est de savoir quand il y a lieu de recourir à l'ouverture large de la caisse, de l'antre et des cellules mastoïdiennes, dans l'otite moyenne purulente chronique. On peut classer les indications en deux groupes : le premier comprenant les diverses complications de rétention du pus dans la caisse ou sa propagation aux régions voisines ; le second renfermant les considérations en vue de la guérison opératoire de l'affection. Si la généralité des otologistes est d'accord en ce qui concerne l'opportunité d'agir au plus tôt pour ouvrir largement les cavités de l'oreille et de ses annexes dans le premier cas, il n'en est plus de même dans le second qui a donné lieu à de nombreuses discussions.

I. — *Indications de l'ouverture large des cavités de l'oreille dans les cas de complications de l'otorrhée.*

Si, au cours d'une otorrhée, le malade est pris de frissons répétés, de fièvre, d'agitation, de courbature, d'inappétence, d'insomnie ou de sub-délirium pendant son sommeil, de céphalée, de photophobie; de nausées, de vomissements, de vertiges, d'accès convulsifs de nystagmus, surtout si en même temps se manifestent d'autres symptômes objectifs dans la région péri-auriculaire, comme de la sensibilité, de la contracture des mâchoires, une douleur persistante ou revenant par crises principalement la nuit, douleur vive, pongitive, lancinante, déchirante, s'irradiant vers le front, l'occiput, les épaules, les bras, douleur augmentant d'intensité à la pression et suivie bientôt de gonflement, d'œdème, de rougeur des régions péri-auriculaires, avec rétrécissement du conduit auditif et abaissement de sa paroi supérieure, si en même temps il existe des fongosités ou des fistules de l'oreille, on n'aura pas le droit de temporiser car le malade est sous le coup d'une complication grave qui peut entraîner la mort par méningite, abcès cérébral ou thrombo-phlébite. Il faudra même se hâter s'il survient des symptômes indiquant qu'on a affaire à l'une de ces complications : et cela d'autant mieux qu'aujourd'hui on sait qu'une méningite peut guérir dans sa première période par l'ouverture de la mastoïde et des fosses cérébrales moyenne et postérieure. Du reste, dans les cas de ce genre, autant que possible, nous devons pratiquer tout d'abord l'évidement pétro-mastoïdien, désinfecter les parois du foyer et la dure-mère, et laisser la plaie à découvert sans ouvrir la dure-mère, car souvent la simple désinfection du foyer extra-dural suffit pour amener la disparition de graves troubles méningitiques. Ce n'est qu'au cours même d'une deuxième intervention que l'on ouvre la dure-mère, si après une attente de vingt-quatre heures, les symptômes intra-craniens ne disparaissent pas, car nul n'ignore combien est différent le pronostic si l'on met à nu ou non la dure-mère. Du reste la deuxième intervention est beaucoup facilitée par la première qui a découvert l'enveloppe cérébrale. Mais la maladie ne se présente pas généralement avec le cortège bruyant des symptômes que nous venons d'énumérer. Il n'est pas rare, en effet, de voir les otorrhéiques avec un écoulement plus ou moins fétide, se plaindre de temps en temps de céphalalgie, de malaise accentué avec pesanteur de tête, de fatigue, d'assoupissement, de somnolence, de torpeur, de perte de la mémoire. De temps en temps, le malade a de la fièvre; il est souvent agité, nerveux ; son caractère se modifie, il devient maussade. Parfois il éprouve des vertiges, de la perte de connaissance. Ces accès qui durent en général quelques jours, parfois plus, n'empêchent pas le malade de vaquer à ses occupations; toutefois, après ces crises, celui-ci reste dans un état de faiblesse un peu plus marqué. On attribue habituellement à toute autre cause qu'à l'oreille l'origine de ces accès qui sont mis sur le compte du refroidissement, de l'anémie, de troubles de la digestion, etc.... et qui ne sont en général que l'effet d'une légère résorption purulente.

Mac Ewen a en outre signalé certains phénomènes qui pouvaient paraitre insolites autrefois, mais dont les relations de cause à effet sont aujourd'hui évidentes : telles sont les crises catarrhales du poumon où l'on

trouve dans les sécrétions la présence de micro-organismes semblables à ceux que l'on peut constater dans le pus de l'otite moyenne; en général, ces attaques coïncident avec une recrudescence de l'otorrhée. Nous en avons observé un exemple bien net il y a quelques années chez un enfant de sept ans qui, non adénoïdien, était pris une ou deux fois l'an depuis plusieurs années de broncho-pneumonie que l'on mettait toujours sur le compte d'un refroidissement jusqu'au jour où son médecin, au cours d'une de ses poussées inflammatoires, s'aperçut que l'oreille droite présentait une surdité assez accusée en même temps qu'elle donnait lieu à un écoulement de pus abondant. Appelé à voir cet enfant, nous constatâmes une recrudescence aiguë d'une otorrhée remontant à cinq ans déjà. La mère dont l'attention n'avait guère été appelée que du côté du poumon se rappela néanmoins qu'au cours de plusieurs de ces broncho-pneumonies, l'oreiller de l'enfant avait été taché de pus; mais comme cet écoulement ne durait que quelques jours, il n'était pas venu à l'esprit de l'entourage du petit malade de faire examiner son oreille d'autant qu'il ne paraissait pas sourd. Nous croyons qu'il est nécessaire d'ouvrir la caisse et ses annexes dans tous ces derniers cas, car il existe toujours une carie de l'os temporal et le malade est sous le coup d'une résorption pyogénique ou d'une complication intra-cranienne qui apparaitra tôt ou tard par suite de la marche progressive du processus.

Au reste ce que l'on appelle le méningisme, n'est-il pas une méningite latente qui ne demande qu'à se manifester avec le cortège de tous les symptômes dont nous avons parlé précédemment; et au point de vue des résultats, il est bien préférable d'opérer quand la maladie intra-cranienne n'est pas encore nettement déclarée.

II. — *Indications de l'ouverture large des cavités de l'oreille en vue de la guérison opératoire de l'otite moyenne purulente chronique.*

Nous devons tout d'abord faire une distinction entre les cas d'otorrhée simple et ceux d'otorrhée compliquée de lésions telles que fistule, paralysie faciale, abaissement de la paroi supérieure du conduit, polype, cholestéatome et tuberculose locale. S'il y a une *fistule* reliant la cavité mastoïdienne avec l'extérieur ou la paroi postérieure du conduit, on peut être certain de l'existence d'une carie avec suppuration profonde dont le déversement se fait difficilement au dehors. Dans ces cas, l'antre ou la mastoïde sont atteints par le processus destructif et pour les guérir, il faut les mettre largement à découvert comme nous l'avons indiqué plus haut. De même, y a-t-il *paralysie faciale*, on doit supposer que la carie a atteint l'aqueduc de Fallope, le bord postérieur du conduit ou les cellules du bord antérieur de l'apophyse mastoïde et le seul moyen d'agir efficacement est de pratiquer l'évidement pétro-mastoïdien.

Il est encore une autre indication qui impose cette opération : c'est la *chute de la paroi supérieure du conduit*. Cette sténose du canal auditif externe outre qu'elle favorise la détention du pus dans la caisse pouvant amener les complications signalées précédemment, indique une lésion de l'antre et de l'aditus. Aujourd'hui, la plupart des auristes, à l'exemple de Zaufal, donnent à ce signe une grande valeur pour l'ouverture de l'oreille moyenne.

Dans les cas que nous venons d'énumérer, il n'y a pas lieu de différer l'opération d'autant qu'il est impossible de guérir l'affection sans avoir recours au traitement radical, et d'autant aussi que le malade est exposé à voir survenir une des graves complications énumérées plus haut et qui mettent ses jours en danger.

Mais s'agit-il d'un cholestéatome ou d'un polype, surtout de ce dernier, on peut espérer obtenir une guérison de l'otorrhée sans avoir recours à une opération mettant à découvert l'antre, l'aditus et la caisse du tympan. Toutefois, le *cholestéatome* qui, originaire de l'attique en général, augmente fréquemment de volume jusqu'à user les parois du crâne et de la mastoïde pour gagner finalement la cavité encéphalique, ne doit pas nous laisser longtemps dans l'incertitude au point de vue opératoire. Car dès que les lamelles blanches et nacrées du cholestéatome viennent faire saillie dans la caisse, si leur désagrégation et leur expulsion au moyen d'instillations ou du stylet aidées des lavages des cavités de l'oreille moyenne par le conduit ou la trompe d'Eustache ne sont pas obtenues assez rapidement et surtout si ces masses font leur réapparition au bout de quelque temps, mieux vaut abandonner ce traitement et procéder à l'ouverture de l'antre et de l'attique, car on ne doit pas oublier que le cholestéatome peut mettre la vie en danger.

Les *polypes* et les fongosités se développent la plupart du temps sur une ulcération osseuse indiquant une destruction plus ou moins profonde du temporal. Ces tumeurs ne guérissent qu'avec la lésion qui en est la cause occasionnelle. Si, dans un certain nombre de cas, on peut se rendre compte de leur point d'implantation, il n'en est pas toujours ainsi et on ne peut que faire des suppositions sur leur origine réelle. Toutefois si le polype est placé en arrière du manche du marteau, il y a lieu de supposer une carie de l'enclume; de même s'il fait saillie à travers une perforation de la membrane de Schrapnell, on peut croire à une lésion du marteau ou de l'attique; si le polype fait irruption dans le conduit à sa partie postéro-supérieure, à travers une fistule, il provient de l'aditus ou de l'antre ou de l'apophyse. Dans tous ces cas, il faut enlever la tumeur, faire l'ablation des osselets et abattre la paroi externe de l'attique pour mettre à nu la caisse que l'on curette s'il est nécessaire. Mais si les polypes repullulent ou s'ils ont envahi l'aditus, l'antre ou les cellules, il y a lieu d'agir d'une manière plus large : il ne faut pas craindre d'ouvrir ces cavités.

On aperçoit quelquefois dans la caisse des tumeurs polypeuses qui ne rappellent en rien les végétations ordinaires; elles proviennent de la dure-mère; il ne faut pas y toucher, à moins qu'on ne veuille les enlever complètement et pour cela il faut mettre à nu la dure-mère. En effet, tant qu'elles sont intactes, elles protègent cette membrane contre l'envahissement des microorganismes, mais dès qu'on en fait l'excision partielle, les orifices de leurs vaisseaux béants sont aptes à absorber les produits pathogènes et, par suite, à déterminer des complications graves du côté de la cavité cranienne.

Il doit en être de même pour la *tuberculose* de l'oreille moyenne. Si l'état général est bon, si l'on ne constate aucun signe de tuberculose pulmonaire, on peut faire l'excision des tissus malades, mais comme précédemment, il ne faut pas se contenter d'une ablation partielle des os atteints par le processus morbide.

Nous arrivons maintenant aux cas d'*otorrhée avec perforation simple* de la membrane du tympan. Une grande divergence de vue existe entre les auristes à ce sujet, car malgré que quelques-uns d'entre-eux pro-

posent d'avoir recours à l'opération radicale si le traitement conservateur n'a pas amené une guérison au bout de quelques mois, de deux mois, d'un mois même, la majorité, il faut le reconnaître, préfère suivre une méthode qui paraît plus rationnelle. En effet, si l'otorrhée qui dure depuis longtemps peut correspondre en général à des lésions profondes, il n'en est pas moins vrai qu'en certains cas ces lésions peuvent être assez limitées et se trouver dans des points facilement abordables par la voie du conduit auditif. Du reste, il est un procédé qui permet de se rendre compte facilement de la provenance du pus.

Après avoir fait un nettoyage complet de la caisse, on introduit dans cette cavité une bande de gaze stérilisée. En enlevant soigneusement le lendemain cette bandelette, on voit, dans le cas d'otorrhée simple, la caisse propre sans une goutelette de pus. Lorsqu'au contraire, il existe de la suppuration d'une des cavités accessoires, on aperçoit au niveau de l'orifice de cette cavité, c'est-à-dire en haut et en avant dans les suppurations de l'attique, en haut et en arrière dans les suppurations de l'antre ou de l'aditus, une gouttelette de pus.

Le siège de la perforation peut encore nous renseigner sur l'origine du pus et nous fournir des données précieuses sur le pronostic. Est-elle située au niveau de la membrane de Schrapnell, c'est-à-dire au-dessus de la courte apophyse du marteau, surtout si elle est accompagnée de granulations fongueuses, il y a carie de la tête du marteau et peut être de la paroi externe de l'attique. Le pronostic sera grave, car l'ouverture étant peu favorable à la sortie des sécrétions peut amener une rétention du pus, d'autant que la logette des osselets est disposée convenablement à cet effet. Est-elle au contraire circummartellaire et réniforme, elle indique une carie probable de l'enclume et donne une présomption de localisation du foyer dans l'attique et l'antre. Même dans ces cas, il y a-t-il écoulement abondant et fétide, nous n'hésitons pas à recommander tout d'abord le traitement local par le conduit : irrigations, traitement antiseptique, etc. Si on échoue, on fait l'extraction des osselets, le curettage de l'attique dont on enlève la paroi externe et on tamponne la cavité avec de la gaze. Si le pus fétide, les granulations, les masses caséeuses font leur réapparition, il est alors indiqué de recourir à l'opération radicale, car il existe une lésion plus profonde que l'on ne peut atteindre que par la mise à nu de l'antre et de l'aditus, et qu'il est impossible de soigner par le conduit. En effet, ces parties sont inaccessibles à la vue par cette voie. Il faut aussi reconnaître que ce sont ces endroits qui sont le plus souvent atteints par la suppuration chronique ; il serait oiseux de chercher à guérir cette lésion par une médication antiseptique qui ne viendrait même pas à leur contact ou par un curettage imparfait, moyens qui seraient loin d'opposer une barrière efficace à l'extension du pus vers les points vulnérables du cerveau et des sinus.

En résumé, existe-il des symptômes subjectifs persistants et nettement accusés, nous devons pratiquer l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne. Constatons-nous une fistule, une paralysie faciale, un abaissement de la paroi supérieure du conduit, il faut encore avoir recours à cette opération. Il en est de même pour les fongosités de la dure-mère et la tuberculose locale. Pour les autres cas : cholestéatomes, végétations, polypes et perforations résistant au traitement ordinaire au-delà de quelques mois, on fera d'abord l'ablation des osselets, au besoin l'excision de la paroi externe de l'attique et le curettage de la caisse. S'il y a récidive des tumeurs ou persistance de l'écoulement, c'est que la lésion osseuse ne peut être atteinte par le conduit, on doit alors mettre à nu toutes les cavités de l'oreille moyenne pour arriver sur le point de départ de l'affection.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Fracture exposée de la jambe ; traitement antiseptique du foyer ; coaptation, immobilisation ; retard de consolidation ;

Par le Dr P. BATIGNE, ancien interne-lauréat des hôpitaux, assistant suppléant de consultation à l'hôpital Saint-Louis.

Le pronostic des fractures ouvertes de la jambe était jadis d'une extrême gravité, en raison du grand nombre de complications auxquelles elles se trouvaient exposées, et de la mort dont elles étaient souvent la cause. Très fréquemment elles se terminaient par nécrose, suppuration, pyohémie, et il fut un temps où elles étaient regardées comme une indication formelle d'amputer (1). Il n'en est point ainsi de nos jours. Depuis l'avènement de la méthode antiseptique, ce pronostic s'est beaucoup amendé, et souvent l'on est en mesure d'opposer à toutes ces complications une thérapeutique efficace. Tous les cas, cependant, sont loin de se ressembler, et par conséquent les difficultés du traitement ne sont pas toujours de même nature. On ne saurait comparer une fracture non infectée, présentant une plaie minime des parties molles, un foyer de fracture comminutive, une fracture largement ouverte avec issue des fragments, contusion et déchirure des muscles, infection primitive, et chaque cas, on peut le dire, comporte son enseignement. Aussi, bien que l'on soit fixé d'une manière générale sur ce qu'il faut tenter dans les cas de fractures exposées et sur la ligne de conduite à suivre, je me permets de mettre au jour l'observation suivante, que je crois digne d'intérêt en raison des désordres produits, de la limitation des accidents infectieux malgré l'énorme attrition des tissus, en raison du résultat fonctionnel et de l'état général, et finalement, à cause de ce qui reste à faire.

Cette observation est encore une preuve à l'appui de cette idée que la conservation est capable, même dans des cas très graves, de donner d'excellents résultats, et elle montre enfin que, grâce aux pansements antiseptiques, on peut attendre et ne point s'alarmer dès le début.

OBSERVATION

Amélie P..., 14 ans, est entrée le 24 octobre 1897 à l'hôpital Saint-Louis, service de l'isolement (Dr Richelot) atteinte de fracture grave, ouverte, de la jambe gauche, survenue accidentellement, voici dans quelles circonstances : Elle était montée sur un de ces bicycles forains qui, fixés les uns devant les autres, sont mus circulairement. Mais, au lieu de se servir des pédales, elle montait en « amazone », les deux jambes se trouvant en dehors. Pendant le mouvement très rapide, sa robe fut prise par la pédale extérieure, et très vivement, sans qu'on puisse avoir de notions précises sur le mécanisme, la fracture se produisit ; la malade perdant connaissance, fut projetée à terre et traînée encore un moment (3 tours de piste) en vertu de la vitesse acquise, et le frein n'ayant pas immédiatement fonctionné.

(1) V. Rieffel. Fractures, traité de Chir. de Le Dentu et Delbet, t. II. — Eug. Claude. De quelques cas de conservation dans le traitement des fractures compliquées du tiers inférieur de la jambe, th. de Paris, 1881, p. 7.

Quand on la releva : pas de cris. La perte de connaissance persista jusqu'à ce qu'elle eût été déposée chez un pharmacien ; alors, elle revint à elle, et définitivement, quoiqu'elle restât dans un très grand état de dépression.

Un pansement fut appliqué autour du membre, et celui-ci déposé dans une gouttière ; l'accident avait eu lieu à 5 h. 1/2.

A l'arrivée de cette malade à l'hôpital Saint-Louis (8 h. 1/2 du soir), je fus immédiatement prévenu, et la trouvai tout à fait déprimée et en état de shock, très pâle et anémiée, avec tremblement généralisé, pouls petit, très rapide, sans aucune plainte, non plus d'ailleurs que durant le rapide examen qui fut fait.

Je la fis tout de suite transporter à la salle d'opérations, et muni de l'autorisation de mon maître Richelot, je lui fis donner quelques gouttes de chloroforme, après avoir constaté par un examen rapide qu'il s'agissait d'une fracture ouverte avec plaie des téguments et des parties molles, décollements multiples, et qu'il y avait urgence à intervenir très rapidement et avec le minimum de shock possible à cause de l'extrême faiblesse du sujet.

L'anesthésie obtenue et la région convenablement nettoyée et désinfectée aussi complètement que possible, je pus faire une exploration plus complète et voici ce que je constatai :

Il existait au côté antéro-interne de la jambe, une solution de continuité de téguments, à direction générale longitudinale, d'une longueur de 15 centimètres, à bords irréguliers, déchiquetés, décollés.

Le tibia isolé et mis à découvert dans une étendue de 10 à 12 centimètres saillait en avant, présentant sa face interne blanche et complètement ruginée.

Le trait de fracture siégeait à cinq travers de doigt au-dessus de l'interligne tibio-tarsien, paraissait transversal dans son ensemble, mais inégal et présentant des aspérités, et l'extrémité du membre pouvait ballotter, retenue qu'elle était simplement par les parties molles de la jambe. — Afin de me donner plus de jour, je débridai vivement et prolongeai la plaie des parties molles, de cinq centimètres environ, inférieurement. Je le fis pour mieux explorer, aussi pour mieux drainer, pour mieux antiseptiser le foyer (car le doigt m'avait révélé des décollements étendus, des portions musculaires déchirées, infiltrées, et la présence de caillots) ; je le fis enfin pour me rendre compte de la situation et de l'état du fragment inférieur.

Cela fait, je pratiquai une désinfection complète de ce foyer de fracture; les caillots, les débris contus furent évacués, et une irrigation abondante à l'eau phéniquée et à la solution de chlorure de zinc fut dirigée dans le foyer lui-même, dans tous les recoins, dans tous les cloaques ; puis, sans perdre plus de temps, car la malade était très affaissée à ce moment, je tentai la coaptation des fragments, qui ne put être réalisée que par l'ablation à la pince coupante, d'une petite pointe saillante du fragment supérieur, ce qui aplanit la surface de fracture.

Ne voulant pas prolonger outre mesure une anesthésie et une intervention graves l'une et l'autre, vu le mauvais état de la patiente dont la vie paraissait compromise, je me bornai à mettre en rapport normal les deux fragments sans faire de suture osseuse, et ayant confié, en bonne position, le pied à un aide, je fis un dernier nettoyage, je plaçai à cause des décollements deux tubes à drainage, l'un à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure, et fis la suture des parties molles. Pansement iodoformé consécutif. — Après quoi, le membre fut placé dans une gouttière plâtrée, et séance tenante : injection sous-cutanée de sérum.

Le lendemain matin, 25 octobre, je fus surpris de trouver la malade en bon état, calme, sans douleurs et sans fièvre. D'ailleurs, la courbe de température ne nous a jamais inquiété depuis, et jamais la malade n'a accusé de douleurs spontanées.

Le pansement, examiné trois ou quatre jours après, ne révélait rien de particulier. Il fut refait en mon absence, au bout d'une huitaine, et quand à mon tour je revis la malade : suppuration commençante ; je dus alors faire sauter les points de suture supérieurs et nettoyer ce foyer d'infection, *qui était resté localisé et sans réaction générale.*

A dater de ce moment, la marche vers la guérison s'est effectuée régulièrement, mais avec une extrême lenteur ; il a fallu faire de fréquents pansements et toucher toute la plaie et toute la surface osseuse blanche et dénudée avec une solution de permanganate de potasse, ce qui a été d'un très bon effet pour l'assèchement du foyer et la vitalité des bourgeons.

Au cours de cette longue et très lente marche vers la consolidation, on pouvait voir peu à peu émerger de la surface lisse de l'os, des granulations, isolées d'abord, puis s'étendant graduellement, se réunissant plus tard, et finissant enfin par se joindre aux bourgeonnements issus des parties molles périphériques.

Seule, une petite partie de la surface osseuse (portion inférieure du fragment supérieur) lamellaire et large comme l'ongle du petit doigt, ne s'est point recouverte de granulations et a été spontanément éliminée.

Une deuxième petite écaille de nécrose corticale, d'égales dimensions, est tombée au cours de l'évolution de cette plaie.

Plusieurs appareils plâtrés ont dû être appliqués.

Le premier, retiré fin décembre (le 24), la consolidation était en bonne voie, le pied se maintenait tout seul à l'extrémité de la jambe soulevée. Le second, retiré le 22 février.

J'ai pu, à dater de cette époque, grâce à l'obligeance des collègues qui m'ont succédé dans le service, revoir la malade et obtenir les renseignements qui suivent :

Au commencement d'avril le dernier (troisième) plâtre fut retiré ; le membre paraissait alors consolidé ; aussi, trois jours après la suppression de l'appareil, fut-il permis à la malade de se lever de son lit, mais sans marcher et sans s'appuyer sur sa jambe ; et c'est ainsi que, progressivement, elle a eu à sa disposition des béquilles, et que le 29 avril celles-ci ont été supprimées.

Cette suppression a été faite de trop bonne heure, et d'autre part, il faut bien le dire, la jeune malade a eu le tort de ne point se conformer à l'avertissement qui lui avait été donné de ne point peser sur le membre fracturé ; aussi, s'est-il produit une modification dans l'axe du tibia, non complètement consolidé, un angle obtus ouvert en avant qui s'est lentement accentué par la marche, et avec d'autant plus de facilité qu'il y avait peu de phénomènes douloureux. — Mais, en même temps, du jour où elle a pu quitter son lit, l'état général s'est beaucoup et très rapidement modifié, l'embonpoint s'est établi, l'appétit, un peu diminué, a repris le dessus, la mine est devenue bien meilleure et il s'est, en somme, produit une véritable transformation dans la santé générale. A cette époque, j'ai pensé qu'il y aurait intérêt à radiographer le membre ; malheureusement les belles épreuves obtenues par mon camarade regretté, Alex. Brault, n'ont pu être retrouvées.

Au mois de juin, il existait encore inférieurement une toute petite fistule punctiforme qui dut être agrandie pour donner passage à un petit séquestre lamellaire, et dès lors la cicatrisation était parfaite, avec cependant cette réserve que l'axe de la jambe présentait toujours en avant une légère ouverture.

Voici maintenant quel était l'état de notre malade dix-huit mois après l'accident.

Grâce au port d'une chaussure munie intérieurement d'une semelle de liège épaisse, au niveau du talon, de trois centimètres et d'une jambière de cuir lacée par devant et munie de chaque côté d'une tige métallique, la marche s'exécute normalement, et ne laisse pas soupçonner le traumatisme très grave que cette malade a subi. Les mouvements de l'article tibio-tarsien (flexion et extension du pied) s'exécutent parfaitement, et il en est de même de ceux qui se passent au niveau du genou, d'ailleurs à aucun moment il n'a été noté de complications articulaires.

Le membre atrophié a repris ses dimensions quasi normales, et la mensuration au tiers supérieur donne un centimètre de différence au détriment de la jambe fracturée. Celle-ci est raccourcie de 3 centimètres, mais il faut remarquer qu'elle présente une courbure anormale et que la flèche abaissée sur la corde tendue entre la pointe de la rotule et l'interligne tibio-tarsien, donne du côté sain 1 cent. 3/4 et du côté malade 3 cent. 1/2. Enfin la sensibilité paraît parfaitement intacte ; et les battements de la pédieuse sont également sentis des deux côtés.

23 *mois après l'accident* je revois encore la malade qui travaille et se trouve en bon état de santé. Localement l'état est excellent. Il n'y a aucune altération de la peau qui est souple,

nullement lisse et vernissée, sans modifications de couleur ni du côté du système pileux. La déviation antérieure s'est quelque peu, *très peu* accentuée. Il n'y a pas de douleurs spontanées et grâce à l'usage de la jambière, la marche s'exécute bien; je constate cependant que, par coquetterie, la malade la fixe beaucoup trop haut.— Quant à la consolidation, elle n'a point fait de progrès, car les mouvements, d'abords très obscurs, que l'on pouvait déterminer dans le sens antéro-postérieur, sont, *quoique fort limités*, un peu plus nettement perceptibles.

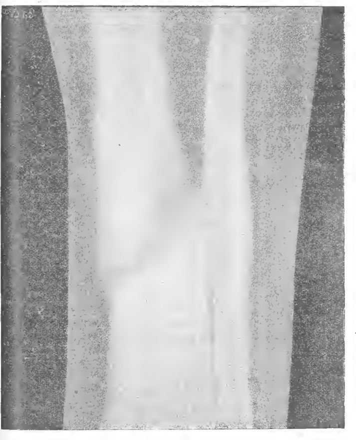


Fig. 38.

J'ai alors fait faire la radiographie du membre ; les deux figures que je présente ici ont été très fidèlement prises sur les clichés radiographiques, et sont dues à l'habileté du dessinateur très distingué Simon Dupret.

Elles représentent le lieu de la fracture, vu, dans l'une, par le côté interne de la jambe, dans l'autre, par la face supérieure; toutes les deux nous donnent de précieux renseignements sur les rapports des fragments entre eux, sur leur forme et sur leur état.

Munis de toutes ces données, que devons-nous penser de l'avenir de cette fracture ? Où en sommes-nous arrivés ? Quelle conduite devons-nous tenir ?

Y a-t-il simplement un retard de consolidation, ou bien une vraie pseudarthrose ?

Question souvent bien délicate et difficile à trancher (1).

Si l'on se basait uniquement sur le temps qui s'est écoulé depuis le début des accidents, sur ce qui a été dit à ce propos, nul doute qu'il s'agisse d'une pseudarthrose.

Mais sommes-nous ici dans les conditions régulières ?

1° D'abord nous avons affaire à une fracture largement exposée ; nous savons, après tout, qu'il y a très fréquemment dans ces cas de grands retards de consolidation et que, alors, la durée de la réparation osseuse est impossible à déterminer.

2° De plus, à aucun moment, nous n'avons constaté les faits, essence même des véritables pseudarthroses, je veux dire l'arrêt et l'absence de tout travail de réparation. Bien au contraire ; il y a eu des progrès qui, pour avoir été très lents, n'en ont pas moins existé d'une façon réelle et constante ; à chaque nouvelle application plâtrée on a pu se rendre compte de l'augmentation progressive de solidité, et même, au premier examen qui suivit la sortie de la malade, l'exploration au sujet de mouvements anormaux fut absolument douteuse.



Fig. 39.

Il me semble, dès lors, qu'un effort pareil vers la consolidation, et produit au milieu de telles lésions, n'annonce nullement un défaut de vitalité des fragments.

Notons encore que la fracture n'était pas comminutive et qu'il n'y avait pas de perte de substance osseuse.

Si nous nous reportons à nos figures, nous voyons d'abord qu'il n'y a pas d'atrophie des fragments et que ceux-ci se trouvent normalement en regard par leurs extrémités, sans chevauchement.

Leur ligne de séparation n'est pas nette dans toute sa longueur, et l'on voit bien sur la figure de face que les fragments du tibia sont réunis, du côté interne particulièrement, par un pont irrégulier de substance mate. Enfin, les mouvements anormaux sont *très limités;* ils n'ont point cette liberté, cette facilité d'exécution, cette étendue qui caractérisent la véritable mobilité anormale de la pseudarthrose; la pression directe pratiquée sur les extrémités fracturées, loin d'être indolente, détermine une vive sensibilité ; et rappelons-nous, pour terminer, que notre malade s'est remise à ses occupations beaucoup trop tôt.

Pour tous ces motifs, nous devons conclure : *que* le travail de régénération n'est point arrêté dans ce cas,

(1) V. S. Duplay. — Cliniq. chirurgic., in *Semaine médic.*, 20 sept. 1899, p. 313.

malgré le temps écoulé; *que* la tendance à l'ossification n'est pas éteinte; *que* l'on doit, par conséquent, rejeter toute tentative opératoire en ce moment, et *que*, enfin, en mettant les extrémités fracturées dans de bonnes conditions, c'est-à-dire en supprimant d'une part tout mouvement du membre, en réalisant d'autre part une contention parfaite des fragments, on est en droit d'attendre une consolidation définitive.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clinique d'accouchements Tarnier : M. le Pr Budin.

C'est samedi matin, 11 novembre, que le Pr Budin a recommencé son cours de clinique obstétricale dans cette clinique Tarnier où depuis un an et demi il remplace si brillamment son maître, le Pr Tarnier, arraché si brusquement à l'admiration et à l'affection de ses élèves.

En commençant son cours, le Pr Budin a tenu à exposer devant ses auditeurs comment il avait installé son service, quelles modifications il avait pu y apporter, et comment il comptait y organiser l'enseignement des élèves.

Lorsqu'en mars 1898, M. Budin était entré à la Clinique, cet hôpital était loin de posséder tous les services que l'on est en droit d'exiger dans une Maternité, c'est ainsi, par exemple, qu'il n'y avait pas de service d'isolement. A force de démarches, tant auprès de l'Assistance que du Conseil municipal, il est arrivé à obtenir de nombreuses améliorations.

La salle d'accouchement a été modifiée : des séparations ont été placées entre les lits, suffisamment basses pour permettre au personnel médical de surveiller les femmes en douleurs, assez hautes pour empêcher les femmes de se voir réciproquement accoucher. Enfin tous les lavabos, appareils de chauffage, crèche, ont été reportés dans une petite salle contiguë, séparée de la salle d'accouchement. Lorsqu'autrefois on avait à faire une opération, forceps, incision, etc., c'est dans la salle d'accouchement mixte qu'on devait la pratiquer : aujourd'hui c'est dans une salle spéciale, disposée *ad hoc*, près de laquelle est installé un laboratoire de stérilisation, que se passent toutes les interventions. Des modifications non moins importantes ont été apportées dans le service de réception des femmes en douleurs et de la consultation externe des femmes enceintes. Jadis, toutes les femmes qui se présentaient à l'hôpital en douleurs, pour accoucher, étaient conduites à la salle d'accouchement, actuellement, c'est dans un petit local spécial qu'elles sont examinées, d'où après avoir été désinfectées, boriquées, etc., elles sont conduites, s'il y a lieu, à la salle de travail. De même, les locaux servant à la consultation externe ont été considérablement agrandis et ce service a été muni d'une entrée spéciale le faisant communiquer avec l'extérieur de façon à éviter toute promiscuité entre les malades venant du dehors et les hospitalisées. C'est là également que M. Budin fait, le vendredi matin, la consultation de nourrissons, si féconde pour les étudiants. Enfin c'est ainsi que, dans quelques semaines, on verra s'ouvrir le service d'isolement qui a été construit dans les combles et où l'on pourra recevoir sans craintes des femmes et des enfants qui seraient une cause de contage pour les autres malades.

Le professeur a ensuite exposé aux étudiants le programme de leurs études pendant le temps de leur stage obstétrical : tous les jours visite des malades à 9 heures. — *Mardi* et *samedi*, leçons à l'Amphithéâtre. — *Lundi* et *jeudi*, lecture raisonnée des observations prises par les élèves dans la semaine. — *Mercredi*, leçons de séméiologie obstétricale. — *Vendredi*, consultation des nourrissons. Tous les jours, à 5 heures, cours théorique d'accouchement.

Garde de 24 heures, deux fois par semaine, pendant laquelle les élèves font personnellement les accouchements sous la direction de moniteurs.

Enfin, pour terminer sa leçon, le Pr Budin a rapporté une observation du rétrécissement du bassin dans laquelle on a provoqué l'accouchement et terminé par une application de forceps au détroit supérieur qui a permis d'avoir un enfant vivant en très bon état. Il a profité de cette circonstance pour nous faire passer devant les yeux les statistiques comparatives des différentes opérations qui peuvent être pratiquées dans les cas d'angustie pelvienne.

Alors que la symphyséotomie donne une mortalité maternelle de 11 à 12 0/0 et une mortalité fœtale de 12 à 13 0/0, dans les mains des plus habiles opérateurs, l'accouchement prématuré provoqué a donné à M. Budin, comme résultats (depuis deux ans 16 cas) : mortalité maternelle, 0 0/0; mortalité fœtale, 12,5 0/0; et les applications de forceps, au détroit supérieur : mortalité maternelle, 0; mortalité fœtale, 24 0/0, ce dernier chiffre, 24 donne la mortalité brute, sans être expurgé, et comprend des enfants morts avant l'intervention, ou non viables; la mortalité réelle n'est que de 11,6 0/0.

Si maintenant, suivant la méthode proposée par le Pr Charles (de Liège), on additionne les mères et les enfants, voici quels sont les résultats : symphyséotomie, 200, 25 personnes mortes; forceps au détroit supérieur non expurgé, 200, 24 personnes mortes (pas une mère).

Tels sont les chiffres dans toute leur simplicité et plus instructives encore sont les lectures des observations, car à côté des cas de morts, il est effrayant de voir le nombre de femmes ayant eu des suites de couches pathologiques dans le cas de symphyséotomie. Aussi y a-t-il lieu de se montrer éclectique et de ne pas être partisan d'un seul mode d'intervention à l'exclusion de tous les autres,

Clinique Baudelocque : M. le Pr Pinard.

M. le Pr Pinard a repris son cours de clinique obstétricale le lundi 6 novembre 1899, en présence d'une nombreuse assistance. En quelques mots le professeur a montré à ses auditeurs quel vaste champ d'études offrait la maison d'accouchements Baudelocque. Il leur a rappelé que son service était ouvert chaque matin aux étudiants et aux docteurs qui désirent suivre sa visite et écouter la discussion des bulletins cliniques. Dans l'après-midi et pendant la nuit, seuls les stagiaires désignés par la Faculté de Médecine peuvent séjourner dans l'établissement. Les étudiants en médecine et les docteurs qui veulent s'exercer au palper, suivre les cours de manœuvres obstétricales, etc., doivent se faire immatriculer au secrétariat de la Faculté et payer certains droits.

Entrant ensuite dans le vif de sa leçon, M. le Pr Pinard a traité une question qui présente un vif intérêt pour le corps médical tout entier. Une femme enceinte a-t-elle le droit de refuser de laisser faire sur elle une opération destinée à sauver la vie de son enfant? Non, répond l'accoucheur de la clinique Baudelocque, car cette femme n'a pas la compétence nécessaire pour discuter la nature de l'intervention. Lui laisser ce droit de discussion c'est admettre la légalité de l'avortement, car ce serait un non sens d'admettre qu'une femme puisse être condamnée pour avoir provoqué la mort d'un fœtus de quelques mois, alors qu'elle aurait le droit de pratiquer, à terme, le fœticide. Le mari a-t-il le droit de demander le sacrifice de

l'enfant pour sauver la mère? Pas davantage. Et à ce propos, M. Pinard fait remarquer que le fameux « jus vitœ et nœcis » sur lequel on s'appuie pour donner au père le droit de vie et de mort sur son enfant, résulte d'une interprétation erronée du texte du droit romain. Le législateur romain a bien donné au père de famille le droit de vie et de mort sur ses enfants et aussi sur sa femme, mais seulement en cas de faute : On ne voit pas bien quelle faute pourrait commettre un fœtus?

L'accoucheur n'a donc pas le droit ni moralement, ni légalement de pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant. Le droit à la vie de ce dernier est un droit imprescriptible et sacré que nulle puissance ne peut lui ravir.

Du reste sacrifier l'enfant pour sauver la mère est une légende, l'accoucheur ne se trouve jamais dans une alternative semblable et enfin dernier argument absolument décisif alors que la symphyséotomie pratiquée dans *tous les cas* donne 12 p. 0/0 de mortalité, la craniotomie donne 11,5. En résumé le droit de vie et de mort n'appartient à personne ni au père, ni à la mère, ni à l'accoucheur, ni même au directeur de l'hôpital. Le droit de choisir l'opération appartient seul au médecin.

Clinique médicale de la Pitié : M. le Pr Jaccoud.

Mardi matin, 14 novembre, à 10 heures, ouverture du cours de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié, par M. le Pr Jaccoud, devant une nombreuse assistance d'étudiants et d'anciens élèves du Maître : citons parmi ces derniers, M. Netter, professeur agrégé; MM. Thiroloix, médecin des hôpitaux, Achalme, Belin, anciens chefs de clinique, etc.

Le Pr Jaccoud aborde une question à la mode, celle de la cure de la tuberculose pulmonaire par les sanatoriums et il passe en revue les divers genres de sanatoriums, ceux de plaine à une altitude de moins de 500 mètres, où la surveillance du médecin est le facteur le plus important de la guérison; ceux de moyenne altitude entre 800 et 1.500 mètres; ceux de haute altitude entre 1.500 et 2.000 mètres. M. Jaccoud énumère les indications de ces genres de sanatoriums et insiste plus particulièrement sur l'action de l'altitude qui active l'appétit, décongestionne les poumons en agissant par la diminution de pression comme une sorte de ventouse, et surtout active l'hématopoïèse. — M. Jaccoud continuera les mardis et samedis suivants ses cours et réservera la leçon du samedi aux examens au lit des malades.

Cours de Thérapeutique : M. le Pr Landouzy.

LES EAUX MINÉRALES.

En inaugurant son cours le 10 novembre, à 3 heures du soir, le Pr Landouzy a annoncé qu'il allait aborder l'étude des eaux minérales et celle des agents physiques appliqués à la thérapeutique.

Une campagne utile parait s'organiser dans le monde médical en faveur des eaux minérales françaises. A peine MM. les Drs Huchard et Janicot sont-ils de retour de Norwège où ils sont allés vanter les vertus de nos stations, que le Pr Landouzy aborde *ex cathedrâ* l'étude de la thérapeutique hydrologique. Nous ne saurions trop l'en féliciter. Jusqu'alors les médecins français n'ont pas su utiliser suffisamment les richesses minérales dont la nature a comblé notre pays, et beaucoup de ceux qui étaient sortis de cette néfaste ignorance, dirigeaient sur l'étranger les malades riches dont ils voulaient ainsi, pensons-nous, flatter le snobisme. Actuellement, les jeunes médecins de notre Faculté n'auront plus d'excuse, car M. Landouzy leur a exposé les vertus des eaux minérales en un véritable panégyrique.

La médication hydro-minérale, a-t-il dit, est la première des médications, la plus efficace; elle est à la fois diurétique, diaphorétique, purgative, révulsive, reconstituante, etc. Si les doctrines pastoriennes mal interprêtées ont nui à l'emploi de cette médication, les médecins sont bien vite revenus de leur erreur et se sont aperçus que dans la cure d'une maladie, l'amélioration du terrain était le principal facteur de la guérison puisqu'il était le plus souvent impossible de supprimer le microbe. Or il n'y a pas de plus puissante médication modificatrice du terrain organique que les eaux minérales. Et M. Landouzy, qui a beaucoup voyagé, nous affirme qu'il n'est pas de région capable de rivaliser sur ce point avec la France, pour la variété, l'abondance et la valeur des sources thermales et minérales.

Les applaudissements répétés des très nombreux auditeurs du cours de thérapeutique ont prouvé que l'appel du Pr Landouzy avait été entendu; ses conseils seront-ils suivis? Espérons-le, c'est pour nous à la fois une question d'intérêt et de patriotisme que de bien connaître les richesses de notre pays et de savoir le plus efficacement en tirer profit.

Cours d'Histologie : M. le Pr Mathias-Duval.

Dire que le grand Amphithéâtre de la Faculté est comble à l'ouverture du cours du Pr Mathias-Duval est devenu une banalité. Chacun sait que M. Duval est le type du professeur à la voix nette et persuasive, bien qu'un peu faible, aux idées claires, à l'exposition précise. Son cours, qui ne s'adresse guère qu'aux jeunes étudiants, si l'on ne tient compte que du programme des études et de l'ordre des examens, est toujours suivi par un public nombreux et même âgé; et certes l'histologie n'intéresse ce dernier que parce qu'elle est enseignée par le Pr Mathias-Duval. C'est ce que nous avons dû constater jeudi, 9 novembre, au grand Amphithéâtre de la Faculté.

Le professeur qui se propose de faire l'étude de l'histotologie du système nerveux a, dans un brillant exposé, indiqué l'évolution de la science histologique. Il a rappelé que Bichat, en 1800, avait inauguré l'étude des tissus sous le nom d'anatomie générale; que Mayer, en 1819, appliqua à cette science le microscope; que Mirbel, dès 1820, sut tirer tout le parti possible de ce précieux instrument en l'utilisant à l'histologie végétale. Schwann, en 1839, en classant les tissus a créé la théorie cellulaire et Bowmann, en 1845, a inauguré la physiologie anatomique. M. Duval a, dans cet historique, su mettre au rang qui leur convient, les deux grands histologistes français Ch. Robin et Ranvier; puis il a continué sa leçon en énumérant les progrès faits en histologie nerveuse, où, aux noms des Schwann, des Recklinghausen, des Purkinje, des Remak, des Ranvier succèdent ceux des Golgi, des Ramon y Cajal et des Déjerine.

Clinique des maladies de l'enfance : M. le Dr Marfan, agrégé.

M. le Dr Marfan, agrégé, chargé de remplacer M. Grancher a fait conformément à son habitude une première leçon sur la pathologie générale de l'enfance. Il a rappelé ses idées à ce sujet: la pathologie infantile présente sans contredit des particularités, mais c'est principalement le nouveau-né dont la pathologie est spéciale; à mesure qu'il avance en âge les symptômes tendent à se rapprocher de ceux de l'adulte.

M. Marfan passe ensuite en revue la façon dont il faut

examiner un enfant. Il a remarqué combien il y avait d'erreurs commises par suite de questions incomplètes; aussi il détaille avec soin l'interrogatoire qu'il faut faire subir aux parents ou aux nourrices. Dans cette première leçon, il n'envisage pas l'état actuel du malade : cet examen doit se faire méthodiquement et c'est au lit du malade qu'il en donnera les éléments.

M. Marfan ne se contente pas de parler : il essaie de plus de fixer dans la mémoire ce qu'il dit en mettant sur le tableau des résumés schématiques. Il sera aidé dans l'enseignement pédiatrique par M. Jacquet qui s'occupera des maladies de la peau et M. Cuvillier qui fera les examens du nez, du larynx et des oreilles.

Cours d'Anatomie : M. Rieffel.

Le 14 novembre, à 4 heures du soir, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, devant une assistance nombreuse, formée d élèves, d'aides d'anatomie et de prosecteurs. M. Rieffel, le savant chef des travaux anatomiques, a fait la première leçon de son cours d'anatomie. Son programme étant, cette année, l'étude des organes des sens et de l'appareil respiratoire, M. Rieffel, après avoir prévenu ses auditeurs combien ce sujet était aride et combien, par conséquent, il leur fallait de zèle et de bonne volonté, a débuté par l'étude de l'appareil auditif. Cette première leçon a été consacrée au développement de cet appareil si complexe, et avec une merveilleuse clarté, le professeur a montré aux élèves l'évolution de la fossette cérébrale primitive qui, par des transformations successives, devient la vésicule cérébrale, avec bientôt des évaginations et des subdivisions qui représentèrent le saccule, l'utricule, les canaux demi-circulaires et enfin le limaçon; toutes ces formations épithéliales seront complétées par le mésenchyme qui enveloppe la vésicule primitive et d'où dépendront les éléments membraneux et osseux ; pendant ce temps le nerf auditif primitif, par des modifications parallèles, a donné les cellules acoustiques et la partie la plus importante de l'oreille interne, l'organe de Corti.

X.

Conférences de Pathologie interne : M. le Dr Roger, professeur agrégé.

Si M. Roger ne parlait pas si rapidement, habitude qu'il a contractée certainement dans ses nombreux et brillants concours, où le temps d'exposition du sujet donné est étroitement limité, il serait le meilleur des professeurs de la Faculté. La correction du langage, la grande clarté et la précision de l'exposition qui sont les qualités maîtresses du conférencier, gagneraient sûrement à être exprimées avec plus de lenteur, et des poses savamment calculées permettraient mieux d'en faire ressortir la valeur.

M. Roger a consacré son premier cours (10 novembre à 6 heures du soir, petit Amphithéâtre de la Faculté) à l'étude générale des maladies infectieuses, il a bien montré la différence qui existe entre le terme générique de maladie infectieuse et celui plus restreint de maladie bactérienne. La maladie infectieuse n'a pas eu jusqu'alors de définition et M. Roger a proposé la suivante : c'est l'ensemble des phénomènes produits par l'action des microbes et de leurs toxines sur l'organisme et par la réaction de ce dernier contre ces agents pathogènes. M. Roger a commenté les diverses parties de cette définition et a annoncé qu'il consacrerait ses prochaines conférences à l'étude de la fièvre typhoïde : c'est là, malheureusement, une question d'actualité.

Conférences de Pathologie générale : M. le Dr Achard, professeur agrégé.

M. Achard se propose d'étudier dans ses conférences, les causes morbides et les effets ou réactions morbides, c'est-à-dire l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie, ce qu'il appelle la partie théorique de la pathologie générale; et il laisse de côté la partie pratique constituée par le diagnostic, le pronostic et le traitement.

La connaissance théorique de la pathologie générale, n'est pas un luxe, mais une chose pleine d'utilité pratique. Elle prépare les jeunes étudiants à aborder l'étude de la pathologie spéciale, en leur inculquant des notions communes à beaucoup de maladies.

De plus, elle permet au médecin d'exercer scientifiquement son initiative dans les cas particuliers qu'il rencontrera au cours de sa carrière. « Le médecin, dit-il, a besoin d'initiative et ne peut en faire usage que s'il a des données de pathologie générale. »

Et il cherche à fixer cette idée dans l'esprit de ses auditeurs, par une opposition originale entre le médecin et la « cuisinière qui suit à la lettre des recettes invariables. » Le parallèle eut été plus juste que l'opposition.

Peut-on nier qu'il existe, dans l'art médical, comme dans le culinaire, des recettes nombreuses, scrupuleusement suivies, sous le facile prétexte qu'elles ont été produites par des maîtres consacrés infaillibles ? Et si, souvent, elles se distinguent des autres, les culinaires, c'est par leur fréquente inefficacité.

La tentative de M. Achard, pour détruire certaines habitudes routinières, augmenter l'initiative personnelle, anoblir encore notre profession, est des plus louables. Mais, pour le moment du moins, il ne faut pas comparer notre art, si souvent battu en brèche, avec l'art toujours incontesté de la cuisine, car sur certains points (l'initiative, la pratique des recettes) nous risquerions fort de ne pas être victorieux.

Après ces réflexions générales, M. Achard aborde le premier chapitre de la pathologie générale.

Il définit la maladie, que le déterminisme moderne a fait rentrer dans l'ordre des phénomènes naturels, « une lutte entre l'organisme et le milieu extérieur, laquelle tourne à notre désavantage. » Puis il se contente, dans sa première leçon, de donner une série très aride de définitions indispensables, ce qui lui permettra, dès la prochaine conférence, de commencer, fructueusement, l'étude détaillée de l'étiologie.

Conférences d'obstétrique : M. le Dr Wallich, professeur agrégé.

M. Wallich commence son cours avec la ferme intention d'apprendre quelque chose à ses auditeurs, excellente disposition chez un professeur.

Et pour réussir il a deux moyens : l'un dû au Pr Pajot, qui répétait souvent : « Enseigner c'est rabâcher ». Ce moyen est d'un emploi facile et beaucoup de gens s'en servent, sans y prendre garde. L'autre moyen, d'un usage plus difficile, consiste à « intéresser ses auditeurs ». Et M. Wallich arrive à ce dernier résultat, grâce à la façon originale dont il entend disposer et présenter ses leçons.

Il abandonne d'une part, l'ordre monotone et invariable qu'on trouve dans tous les traités et dans presque tous les cours d'accouchement. L'ensemble de ses cours se divise en deux grandes parties. Dans la première, il étudiera la femme enceinte arrivée à terme, nous fera assister à son accouchement, à sa délivrance, et aux visites qu'on doit faire à la nouvelle accouchée, jusqu'à son complet réta-

blissement. La seconde partie, sera réservée pour l'étude de la grossesse, dans toute son évolution, de la conception à l'accouchement.

L'attention se trouve, d'autre part augmentée par l'apparition successive de grandes, de belles et de nombreuses figures, qui facilitent beaucoup la compréhension des choses et les fixent définitivement dans l'esprit.

Pendant quelques minutes, à la fin de chaque cours, des photographies sont habilement projetées au tableau, et le professeur, sur chacune d'elles, résume les principales choses qu'il vient d'étudier, et qui doivent être retenues. L'auditeur, qui veut s'instruire, aimera cette méthode simple mais utile, et il saura gré à M. Wallich, de n'avoir pas, aux dépens de la science et de l'intérêt des élèves, tenté d'introduire l'éloquence en obstétrique.

Clinique chirurgicale infantile : M. le Dr Kirmisson (*Hôpital Trousseau*).

M. le Dr Kirmisson a commencé, le mardi 14 novembre, des leçons de clinique chirurgicale infantile à l'hôpital Trousseau. La majeure partie de cette première séance a été consacrée à l'histoire clinique d'un enfant qui avait été apporté dans le service, le 1er novembre, avec une fracture du pubis causée par pression du bassin entre une roue de voiture et le bord d'un trottoir, et qui avait succombé le 13 à des accidents infectieux d'origine urinaire. Le professeur, après avoir exposé les symptômes et signes d'après lesquels le diagnostic avait été établi, a discuté l'origine du sang dont furent mélangées les urines dans les premiers jours qui suivirent l'accident, détaillé avec soin les indications auxquelles il avait eu à satisfaire, justifié les moyens qu'il avait cru devoir mettre en œuvre pour y satisfaire, et, enfin, passé en revue les diverses hypothèses susceptibles d'expliquer la production de la complication infectieuse qui a déterminé la mort, complication dont la pathogénie était restée assez obscure et difficile à préciser.

M. Kirmisson a ensuite entretenu plus sommairement son auditoire de divers malades qu'il avait à opérer après sa leçon : une fillette atteinte de tumeur blanche du genou, à laquelle il allait faire de l'ignipuncture ; deux luxations congénitales de la hanche, l'une double, l'autre unilatérale, qu'il allait, sous chloroforme, mettre en bonne position et immobiliser dans des appareils plâtrés ; une luxation pathologique de la hanche, consécutive à une coxalgie, et déjà assez ancienne, qu'il essaierait de réduire sous anesthésie, et qu'il a eu, de fait, la grande satisfaction de réduire après de courtes manœuvres ; enfin, une enfant atteinte de constriction permanente des mâchoires, dont il fallait compléter l'examen sous chloroforme.

M. Kirmisson enseigne clairement et méthodiquement, serrant de près le diagnostic et les indications thérapeutiques ; en opérant, il donne sur ce qu'il fait quelques renseignements sobres, précis et bien topiques ; bref, c'est de la bonne et saine clinique que l'on apprend en allant l'écouter et le voir agir, et nous ne saurions trop recommander aux élèves la fréquentation de ses leçons.

Service de Santé de la marine. — MM. les Drs Boutin, médecin principal de la marine, et Pallardy, médecin de 1re classe, ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur leur demande. — M. Couteaud, médecin principal du cadre de Cherbourg, a été désigné pour embarquer le 23 octobre dernier sur *le Gaulois*, entrant en armement définitif à Brest. M. Merlaux-Ponty, médecin de 2e classe, embarqué sur *la Dévastation* depuis moins d'un an, passera, lors du désarmement de ce cuirassé, sur *le Gaulois*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 novembre 1899.

Préparation et dosage du glycogène.

M. Armand Gautier donne un nouveau procédé de dosage et de préparation du glycogène fondé sur la remarque suivante : Lorsqu'on ajoute de l'acétate mercurique à un extrait végétal ou animal, en maintenant le liquide neutre par du carbonate de potasse étendu, on précipite la presque totalité des corps azotés, tandis que les matières ternaires restent dissoutes dans ces conditions.

Le glycogène que le filtratum contient est pur et homogène au microscope. Pour le retirer de ce filtratum, on ajoute à celui-ci son volume d'alcool à 85° centésimaux ayant soin d'aciduler à l'acide acétique pour maintenir dissous les composés mercuriels que contient encore la solution filtrée. Le précipité est du glycogène brut que l'on débarrasse, par lavage à l'alcool, au tiers, acidulé d'acide acétique, des sels mercuriels qu'il a pu retenir. Par redissolution dans l'eau et précipitation par l'alcool acidulé on arrive à un précipité de plus en plus pur qu'on lave à l'alcool éthéré et qu'on fait sécher. En employant ce procédé de préparation on trouve que 1 kilogramme de foie à l'état frais contient 20 gr. 50 de glycogène chez l'homme, et 14 grammes chez le lapin. Ce glycogène n'est qu'en apparence soluble dans l'eau ; il se transforme lentement en un mélange de sucres réducteurs lorsqu'on chauffe ses solutions acidulées de 5 à 6 0/0 d'un acide minéral, à la température de 115 à 120° durant 5 à 6 heures. Dans ces conditions 97,8 de glycogène sec de foie de lapin agissent sur la liqueur cupropotassique, après hydrolyse, comme 100 de glycose anhydre ; le glycogène du foie humain est plus réducteur que celui de lapin et beaucoup plus que la glycose.

Sur l'innervation sécrétoire du pancréas.

MM. Wertheimer et Lepage ont extirpé, sur des chiens curarisés, les ganglions cœliaque et mésentérique supérieur en ayant soin d'énerver en même temps l'origine de toutes les artères qui peuvent fournir des branches au pancréas. Les animaux en expérience avaient subi, en outre, la section des pneumogastriques, des cordons thoraciques du sympathique et celle du pylore. Le pancréas, privé ainsi de ses relations avec tous les appareils nerveux extérieurs à l'organe, continue à sécréter. Il y a plus ; si l'on introduit une solution acide ou de l'éther dans le duodénum, l'écoulement pancréatique s'accélère. C'est donc très probablement dans sa propre substance que le pancréas trouve les éléments nécessaires à la manifestation de son activité réflexe, et la persistance de cette dernière dans un viscère énervé implique que les ganglions minuscules disséminés à la périphérie réunissent en eux toutes les parties constituantes de l'arc diastaltique. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 novembre 1899. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

M. Tuffier appliquant en thérapeutique la démonstration expérimentale que l'injection dans l'arachnoïde est sans danger, a pratiqué ce mode d'anesthésie, comme moyen thérapeutique et comme analgésique chirurgical. Chez un malade qui souffrait de douleurs atroces du membre inférieur, qu'aucune injection sous-cutanée ne soulageait, l'injection intra-arachnoïdienne d'une solution de cocaïne (1 centigramme de cocaïne) a donné une analgésie absolue qui a persisté quatre heures. L'ayant employée comme analgésique chirurgical, il a pu, sans douleur, redresser une ankylose du pied, faire une résection du genou et une hystérectomie vaginale. L'analgésie ne peut servir pour

les interventions abdominales. L'analgésie, complète dans le membre inférieur laissait sensible le membre supérieur et le tronc; la sensibilité tactile était partout conservée.

M. LABORDE avait déjà reconnu cette propriété d'analgésie généralisée dans ses expériences; c'est une question de dose, et on s'en est pu rendre compte par la manifestation fréquente d'accidents généraux parfois des plus graves.

M. TUFFIER pense que dans l'injection intra-arachnoïdienne qu'il emploie, l'analgésie du membre inférieur, et la conservation de la sensibilité au tronc et au membre supérieur indique que les nerfs de la queue de cheval baignés dans la solution sont soumis à une véritable action locale.

M. BOUCHARD croit que cette méthode doit être aussi dangereuse que l'emploi du chloroforme et ne saurait être qu'une méthode d'exception.

M. PHISALIX. — Le sang des reptiles se coagule lentement et difficilement. Les globules rouges tombent au fond, le plasma surnage et il s'y forme un coagulum mou, de consistance gélatineuse. Le plasma liquide aspiré dans une pipette s'y coagule, tandis que si dans la pipette on aspire des globules avec du plasma, la coagulation ne s'y fait pas. Les globules rouges intacts laissent donc transfuser une substance anti-coagulante; l'action de la chaleur sur les globules (58° pendant 15 minutes) favorise l'action coagulante.

C'est peut être à la grande résistance des globules rouges des reptiles qu'il faut attribuer la lenteur et la difficulté de la coagulation du sang. On augmente la coagulabilité du sang en diminuant cette résistance en rendant le sang asphyxique par exemple, le caillot se forme compact et rétractile.

MM. PICARD et BIZARD ont inoculé au singe le pus d'un chancre vulvaire simple; chez un singe inoculé par scarification à la région frontale, il y eut des ulcérations chancrelleuses typiques, mais au dix-huitième jour de l'inoculation, on put constater la tendance nette à la cicatrisation. Le bacille de Ducrey a été retrouvé dans les plaies du singe. La température avant l'inoculation était de 38°,1 à 38°,5. Cette démonstration positive est la deuxième celle de M. Nicolle restant la première.

MM. HÉDON et ARROUS. — Les sucres sont d'autant plus toxiques que leur poids moléculaire est plus élevé et par conséquent qu'ils sont plus diurétiques. Le sucre de canne, le moins diurétique n'est toxique qu'à la dose de 30 à 35 grammes par kilog, d'animal; la glycose pure à la dose de 20 à 25 grammes; l'arabinose et l'érythrite le sont à la dose de 5 grammes par kilog. Les injections intra-veineuses de petites doses, de glycose, saccharose, lactose en solution à 25 0/0 donnent une diurèse abondante et immédiate, elles sont sans danger; ce qui aura sans doute une application thérapeutique très utile.

M. LINOSSIER a étudié l'action inhibitrice des alcools de fermentation sur les diastases. Cette influence augmente, ainsi que l'action toxique avec le poids moléculaire.

M. BOINET (de Marseille) envoie l'observation d'un malade atteint de maladie d'Addison, chez lequel le traitement intensif par les capsules surrénales a provoqué des troubles nerveux et du tremblement. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 novembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

La prophylaxie de la syphilis par le traitement.

M. le Pr FOURNIER dans une communication qui marquera au point de vue des réformes hospitalières étudie ce qu'est le traitement de la syphilis dans nos hôpitaux et ce qu'il devrait être pour assurer une réelle prophylaxie. Voici les réformes qu'il réclame : consultations moins encombrées, multiples, disséminées dans tout tout Paris, consultations des dimanches, des jours fériés du soir à jours et heures propices pour les malades sans perte de temps. Ce n'est pas en effet par le séjour à l'hôpital c'est par des consultations externes fréquentes que la syphilis peut vraiment être traitée. C'est là qu'on peut éclairer le malade sur les précautions qu'il doit prendre pour ne pas devenir une cause de contagion.

Un nouveau crachoir de poche.

M. VALLIN (de Paris) a présenté au nom de M. le Dr GUELPA un crachoir de poche et en fait l'éloge au point de vue de la simplicité et de la sûreté du fonctionnement et de la modicité du prix. « Il appartient toutefois, dit-il, aux médecins praticiens de le prescrire aux tousseurs qui viennent les consulter et d'inscrire un crachoir de poche en tête de leurs ordonnances à ces malades.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 novembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER

Traitement de la morphinomanie.

M. JOFFROY raconte l'histoire d'un morphinomane qui, au bout de quatre ans, sentant qu'il ne pouvait plus résister à sa passion, entra pour être traité à l'hôpital de Valparaiso. Il ne put se soumettre volontairement à la suppression brusque, sortit de l'hôpital, tomba dans la misère, revint en France et entra à l'Asile clinique chez M. Magnan, où graduellement en trois mois il fut guéri. Durant la suppression, il présenta quelques accidents maniaques. Sorti de l'Asile, il resta dans la misère et redevint morphinomane. Ce malade retourne alors à l'Asile dans le service de M. Joffroy. Il avait conservé son intelligence, mais était très amaigri (poids : 62 kilogr.) et portait des signes légers, mais incontestables de tuberculose. L'on tenta la suppression par la méthode de démorphinisation chimique d'Elenmeyer. Le malade reçut 0 gr. 50 de morphine par jour en deux fois avant le repas, car la suppression brusquée avait déterminé des accidents très graves. Sans prévenir le malade, on diminua la morphine qui ne fut donnée qu'à 0 gr. 25; aucun symptôme ne se produisit, on ajouta encore, sans le prévenir, de la caféine, de la spartéine; sous le prétexte d'embarras gastrique on lui donna de l'eau de Vichy et un peu d'extrait thébaïque, on supprima toute médication même la morphine, qu'on remplaça, durant huit jours, par du sérum et alors on lui annonça sa guérison en lui racontant la vérité. M. Joffroy cite plusieurs cas analogues et il en conclut qu'il ne faut jamais tenter la démorphinisation avant d'avoir obtenu le relèvement des forces et l'augmentation du poids; puis il faut, à l'insu du malade et de toute personne de son entourage, diminuer progressivement les doses. Il faut donc d'abord supprimer la ration de luxe du morphinomane et le maintenir à la ration d'entretien (de 0 gr. 30 à 0 gr. 60). La morphine doit être en solution assez étendue dans du sérum de Hayem et le médecin doit faire lui-même les injections, seul il doit connaître la diminution du poison injecté. On obtient ainsi la guérison sans accidents de suppression.

M. RENDU signale un cas semblable de suppression de morphine qui tend aussi à prouver le rôle de l'influence psychiques dans les accidents de la suppression.

M. SIREDEY rapporte l'observation d'une surveillante morphinisée pour les douleurs d'un ulcère de l'estomac; les injections de sérum faites par supercherie calmèrent les douleurs sans que la malade eut des symptômes d'abstinence.

M. JACQUET cite le cas extraordinaire d'un jeune homme prenant 14 grammes (!) de morphine par jour et 1 gramme de cocaïne.

M. JOFFROY a vu assez fréquemment des morphinomanes prenant 3 à 4 grammes de morphine. Il a observé un malade qui prenait environ 80 grammes de laudanum de Rousseau par jour.

Répondant à une question de M. Troisier, M. Joffroy explique la raison de la dénomination de méthode de démorphinisation chimique. C'est parce que Erlenmeyer, appliquant les recherches d'Hitzig, fait prendre aux malades en traitement, de l'eau de Vichy ou leur fait avec de l'eau de Vichy des lavages d'estomac pour neutraliser les sécrétions gastriques.

Température des tuberculeux.

M. Barbier fait remarquer qu'en prenant matin et soir la température des tuberculeux, l'on a une idée fausse de la marche de la fièvre. Les accès thermiques varient souvent d'heures chez les tuberculeux et les accès nocturnes peuvent passer inaperçus. En faisant la température toutes les deux heures, M. Barbier conclut que la fièvre continue est rare, qu'elle survient par accès, que ces accès parfois diurnes, sont le plus souvent nocturnes. Le type inverse, d'après M. Barbier, n'existerait pas réellement. Les heures de prédilection pour prendre la température sont le matin, 2 heures de l'après-midi et à 9 heures le soir.

Récidive de la rougeole.

M. Gaucher signale un cas de récidive de la rougeole au bout d'un mois, l'enfant a été atteint la première fois le 2 juin, sa mère fut contagionnée le 17 juin et le 5 juillet l'enfant était repris de rougeole d'une façon indiscutable

M. Sevestre en a observé deux cas analogues aux Enfants-Assistés, la récidive s'était manifestée après quinze jours.

J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 novembre 1899.—Présidence de M. Pozzi.

Plaie de la vessie.

M. Fontan rapporte une observation de coup de couteau dans la fesse, traversant l'échancrure sciatique et blessant la vessie : cette blessure se présentait avec un état symptomatique péritonéal ; dans ces cas il faut faire la laparotomie ; il la fit et ne trouva aucune lésion péritonéale : la plaie siégeait à la partie prétéro-inférieure de l'organe : tamponnement à la gaze iodoformée, — puis s'occupant de la plaie fessière, il trouva une section de l'artère fessière, section complète (cas difficile) et il dut faire une seconde incision cruciale pour trouver facilement les deux bouts, en dedans du bassin. Les suites furent heureuses.

Ostéome musculaire.

M. Picqué présente 8 observations d'ostéomes péri-articulaires du coude (de M. Loison) ; 5 fois il s'agissait d'une luxation complète ou incomplète en arrière ; 3 fois d'une simple contusion ; au point de vue pathogénique, M. Loison a observé 6 cas où la néoformation était située loin de l'intertion musculaire et, par conséquent, ne pouvait pas être due à un arrachement périostique ; aussi M. Loison pense qu'il s'agit là d'une hypertrophie des cellules résiduelles, sommeillant dans le muscle et se développant sous l'influence du traumatisme.

Perforation intestinale.

M. Chauvel rapporte, au nom de M. Dubujadour, 4 cas de contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval et traité par la laparotomie. Dans les 4 cas on trouva une perforation intestinale, et 3 de ces interventions furent suivies de guérison. 4 autres cas suivis d'intervention, étant donnée leur moindre gravité, guérirent.

Le même chirurgien, ayant à traiter une luxation ancienne de l'épaule, se vit obligé de couper la tête à la gouge et au maillet et de creuser sa cavité. — Grâce au massage fait, au bout de 20 jours, il obtint une guérison parfaite avec une mobilité considérable dans l'article.

Température dans les hémorragies.

M. Lautier présente un cas de grossesse extra-utérine à révolution bizarre, ayant présenté à chaque hémorragie (3 fois) des phénomènes fébriles extrêmement nets ; la laparotomie montra, en effet, qu'il n'y avait que du sang pur.

M. Pozzi déclare que l'hémorragie, au moment de sa production, donne toujours une dépression thermique. tandis que la résorption de ce sang donnera des accidents fébriles d'antant plus intenses que l'hémorragie est plus ancienne.

M. Tuffier a observé des phénomènes analogues dans une hémorragie et il est de l'avis de M. Pozzi.

M. Hartmann pense, d'après son expérience personnelle, que souvent c'est l'hémorragie elle-même qui donne une ascension thermique.

Abcès du cerveau.

M. Kirmisson présente un petit malade qu'il a trépané pour un abcès du cerveau d'origine otique ; le pus renfermait des streptocoques ; la guérison fut obtenue sans incidents, mais l'enfant gardait son hémiplégie avec contracture ; sous l'influence du massage, cette contracture céda et aujourd'hui il ne reste plus guère de traces de cette hémiplégie.

Kyste dermoïde.

M. Reclus, au sujet d'une tumeur de la tête, présentée dans la dernière séance, vient confirmer le diagnostic de kyste dermoïde qui avait été porté par certains chirurgiens ; elle présentait surtout des adhérences spéciales au niveau de l'orbite et devant le conduit auditif externe ; de plus, dans le pédicule, il y avait de petits kystes secondaires et indépendants du kyste principal.

M. Demoulins présente une observation de *coup de revolver dans la région sus-ombilicale* avec perforation assez large des deux anses intestinales sur le bord convexe ; l'intervention fut suivie de guérison.

Un mémoire a été présenté à la Société de Chirurgie, pour un prix ; l'auteur du mémoire a oublié de spécifier pour quel prix il concourait. A. Schwartz.

Séance du 15 novembre 1899. — Présidence de M. Richelot.

Température dans les hémorragies péritonéales.

M. Reynier, à propos de l'observation présentée dans la précédente séance par M. Routier, fait observer qu'un des premiers il a fait remarquer la possibilité d'une ascension thermique dans les hémorragies péritonéales. De plus, dans des cas comme l'observation précitée, où M. Routier, après une opération vaginale dans une grossesse extra-utérine, fut obligé, pour arrêter l'hémorragie, de faire une laparotomie, M. Reynier fait observer que cela confirme ses idées, à savoir qu'il faut de suite faire une laparotomie.

Hystérectomie et grossesse.

M. Routier, après avoir fait observer qu'il n'a fait l'incision du cul-de-sac postérieur que par suite d'une erreur de diagnostic, fait un rapport sur une observation de M. Psaltoff (Smyrne). Croyant avoir affaire à des métrorrhagies d'origine fibromateuse, après avoir déjà pratiqué un curettage, il décida une hystérectomie abdominale totale ; il met le tire-bouchon, fait introduire une pince dans le cul-de-sac postérieur, pince qui pénètre dans l'utérus ; A ce moment, M. Psaltoff s'aperçoit qu'il s'agit d'une *grossesse* ; il rentre tout et ferme, la malade avorte et guérit. M. Routier estime qu'il est logique, dans une méprise pareille, d'achever l'hystérectomie.

Voie transmastoïdienne dans les abcès sous-duremériens d'origine otique.

M. Schwartz fait un rapport sur la trépanation transmastoïdienne dans les abcès sous-duremériens otitiques. L'excellence de ce procédé est confirmée par une observation du Dr Leguerme (de Saint-Brieuc), qui obtint une guérison par cette intervention. De plus, cette voie transmastoïdienne permet de faire, au cas échéant, une exploration plus complète ; M. Schwartz rapporte à l'appui de cette thèse l'observation d'une jeune fille chez laquelle, ayant diagnostiqué un abcès sous-duremérien, il fit la trépanation transmastoïdienne ; trouvant la pie-mère congestionnée et une fluctuation sous-jacente, il incise les méninges et fait une ponction cérébrale qui amène 60 à 70 gr. de liquide céphalo-rachidien louche. La malade mourut. M. Schwartz pense qu'il s'agissait d'une hydrocéphalie aiguë d'origine tuberculeuse. S'il rapporte cette observation, c'est pour conclure que, dans ce cas, la voie transmastoïdienne était parfaitement indiquée. Schwartz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 10 juillet 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr BOUCHEREAU.

Discussion du projet de réforme des expertises médico-légales.

M. CONSTANT. — Nous avons la satisfaction de constater que dans le nouveau projet voté par la Chambre des Députés dans une des séances de juin, il a été tenu compte, en grande partie, des observations présentées par la Société de Médecine légale. Il nous reste maintenant à examiner un à un les articles du projet et à apprécier si de nouvelles modifications nous paraissent utiles, avant que le Sénat ne soit appelé à voter :

« ARTICLE PREMIER. La liste des experts admis à pratiquer les expertises en matière criminelle et correctionnelle est dressée chaque année pour l'année suivante par les Cours d'Appel, le procureur général entendu, sur l'avis des tribunaux de première instance. Les experts sont classés par catégories sur cette liste qui ne comprend pas de membres de droit, à l'exception de ceux qui sont institués à l'article 2. »

Cet article premier ne visant pas spécialement les expertises médico-légales, ne donne lieu à aucune discussion.

« ART. 2. La liste des médecins et chimistes admis à pratiquer les expertises médico-légales et chimico-légales devant les tribunaux est donnée chaque année, pour l'année suivante, par les Cours d'Appel, le procureur général entendu, sur la proposition des tribunaux civils, des Facultés et Ecoles de Médecine, de Pharmacie et de Sciences. Les professeurs et chargés de cours desdites Facultés, les médecins, chirurgiens, accoucheurs et pharmaciens des hôpitaux, dans les villes où siègent des Facultés et Ecoles de pleins exercices, les médecins d'hospices et d'asiles publics d'aliénés feront partie de droit de cette liste; ils y seront autant que possible classés par catégories, suivant leurs spécialités. »

M. JACOMI. — Cet article établit l'existence d'une double liste : 1° Experts de choix; 2° experts de droit. Je crois que la liste des experts de droit est inutile, elle représente une véritable superfétation, puisque la liste des experts de choix sera constituée en grande partie parmi les savants qui seraient experts de droit. Il ne restera donc comme experts de droit que ceux qui pour une raison quelconque auraient été éliminés de la liste des experts de choix ou auraient refusé d'en faire partie. En outre, l'article 4 dit que « les experts désignés au paragraphe 2 de l'article 2 ne peuvent être choisis que si cette mesure, qui doit être justifiée par la gravité de l'affaire, est autorisée par ordonnance motivée du président du tribunal ou du président de la juridiction saisie. » Il en résulte donc que la loi constitue des experts de droit, que l'on n'aura pas le droit de choisir : l'inculpé ne pourra avoir recours à eux que s'il y est autorisé par le président. Ce sera l'occasion de nouvelles complications et formalités.

M. VALLON. — Je partage l'opinion de M. Jacomi, je me prends pour exemple, je suppose que l'on me raye, pour une faute grave, de la liste des experts de choix; je n'en reste pas moins expert de droit aux termes de la loi, puisque je suis médecin d'un hospice d'aliénés.

M. VIBERT. — La liste des experts de droit présente encore cet inconvénient, c'est qu'elle admet qu'il suffit d'être un savant pour faire un bon expert; or, nous savons tous qu'on ne devient apte à faire de bonnes expertises qu'après une éducation spéciale. L'expertise médico-légale constitue une véritable spécialité.

M. CONSTANT. — Je propose le texte de résolution suivant : 1° La liste des experts doit être une liste fermée; 2° la liste des experts ne doit pas comprendre de membres de droit.

Séance du 13 novembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. BENOIT, Conseiller à la Cour.

Rapport sur la conférence internationale pour la prophylaxie des maladies vénériennes.

M. BARTHÉLEMY passe en revue les différentes questions traitées à la conférence : 1° *Le danger social de la syphilis*, (rapporteur M. Fournier (de Paris). La syphilis constitue un danger social à quatre points de vue principaux : 1° De par les dommages individuels qu'elle inflige au malade. 2° De par les dommages collectifs qu'elle inflige à la famille. 3° De par les conséquences héréditaires qu'elle comporte, notamment de par l'effroyable mortalité dont-elle menace les enfants. 4° De par les dégénérescences, l'abâtardissement qu'elle peut imprimer à l'espèce. Tel est le bilan de la syphilis comme nocivité vis-à-vis de l'individu, de la famille, de l'enfant et de l'espèce.

2° *Le danger social de la blennorrhagie*; (rapporteur. M. Neisser (de Breslau). Après la rougeole, la gonorrhée est peut être la maladie la plus répandue. Elle n'est dangereuse que par les complications : stérilité, neurasthénie, hystérie, sans parler des inflammations des organes génito-urinaires et des maladies des articulations, du cœur, des vaisseaux, du système nerveux, des organes des sens, du rectum. Comme la syphilis, la blennorrhagie frappe les innocents. L'importance sociale de la gonorrhée est considérable par la stérilité qu'elle entraîne. Elle est donc un danger social qui nécessite l'attention la plus sérieuse de la part des hommes responsables du bien public.

3° *Quelle part revient à la prostitution dans la propagation de la syphilis et des maladies vénériennes?* (rapporteur M. Verchère (de Paris). Les ravages occasionnés par les maladies vénériennes, et surtout la syphilis, ne sont que trop connus des médecins. Ces maladies doivent intéresser profondément l'hygiéniste qui doit les combattre au même titre que le choléra, la peste, la tuberculose, etc. C'est à la prostitution que revient la plus grande part dans la propagation des maladies vénériennes, et c'est elle qu'il faut surveiller, purifier médicalement si l'on veut tarir la source des maladies vénériennes. Tel est le but que doit se proposer l'hygiéniste, autorisé par les droits imprescriptibles que lui donne son rôle de défenseur de la santé publique et de la vie humaine.

4° *Les systèmes de réglementation actuellement en vigueur ont-ils eu une influence sur la fréquence et la dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes ?* M. Barthélemy pense que la réglementation doit être conservée, mais améliorée; la défense de la société moderne contre l'antique syphilis doit être complétée par une série de mesures appropriées aux mœurs actuelles. Les visites médicales doivent être plus fréquentes, plus minutieuses et contrôlées par des inspecteurs sanitaires ou d'hygiène. Des dispensaires multiples doivent être organisés, sous la direction de médecins compétents, où des pansements pourront être fréquemment pratiqués. où des médicaments seront gratuitement distribués. Le dispensaire central, outre qu'il remplira la fonction de tous les autres devra être transformé en asile sanitaire municipal, où les malades recevront des soins avec obligation d'y séjourner tant que la contagion existe, mais où les femmes seront traitées en malades et nullement en coupables. G. CARRIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 novembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. JULLIEN.

Théorie parasitaire de la tuberculose.

M. GRASSET lit un travail sur la *théorie parasitaire et la tuberculose au XVIIIe siècle.*

M. LEUDET regrette que, dans l'exposé historique si remarquable fait par M. Grasset, ce dernier n'ait pas parlé de Jean Hameau, père d'un de nos associés nationaux qni, dès 1836, dans sa théorie des virus, avait exposé la théorie de la contagion aveo une sorte de divination qui est le propre du génie scientifique.

M. JULLIEN rappelle que, lors de la souscription pour l'érection d'un monument à Jean Hameau à La Teste, il a lu à la Société divers fragments qui montrent toute l'importance de l'œuvre de ce très distingué praticien. Il a écouté avec un vif plaisir la communication de M. Grasset et il se demande si le fait observé de vers dans les dents cariées a jamais correspondu à une réalité.

Origine parasitaire de la carie.

M. LOUP déclare que la carie résulte d'une action parasitaire; qu'elle est, peut-être, le fait d'un microbe spécial, mais en aucun cas d'un ver.

M. GRASSET croit que les dentistes qni ont vu des vers dans dents ont bien observé ; mais ils ont pris l'effet de leur traitement pour la cause du mal. N'introduisaient-ils pas, comme il l'a rapporté dans le mémoire qu'il vient de lire, du suc gastrique de cochon dans la cavité dentaire ? On conçoit que, dans la bouche, tous les germes qui se trouvent dans ce suc gastrique aient fermenté et qu'il en soit résulté des parasites visibles à l'œil nu. Il rappelle, qu'actuellement à l'étranger, on a proposé d'exprimer le suc des coccinelles dans les cavités dentaires pour calmer instantanément les douleurs dentaires.

M. JULLIEN rapproche ces faits de thérapeutique organique des pratiques de la thérapeutique chinoise dont il a entretenu la Société.

M. GRASSET étudie la thérapeutique organique et il a recherché son emploi dans l'antiquité. Il a fait à ce propos des remarques intéressantes. Les anciens obtenaient des résultats en faisant ingurgiter des excréments ; cela s'explique, car les excréments renferment principalement du suc intestinal, de l'*invertine*. Actuellement on emploie la *levurine* dans certaines affections du tube digestif. Or la levurine renferme de l'invertine, elle agit par le même procédé qu'agissaient les excréments.

M. BURET rappelle qu'en certains pays on utilise encore les déjections canines ; on les a employées à Paris pour falsifier la poudre de viande, et cela, à cause du phosphate de chaux qui est contenu en abondance dans ces excréments.

M. DHOMONT a entendu vanter leurs effets dans le rachitisme. E. ALBERT-WEILL.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie humaine; par MM. POIRIER et CHARPY. (Masson, éditeur.)

Le tome III de l'anatomie descriptive de M. Poirier vient d'être achevé ; le troisième fascicule, ayant pour objet les nerfs termine ainsi l'étude du système nerveux ; la première partie du volume est consacré aux *nerfs craniens*, dont la description, belle et approfondie, est l'œuvre du sympathique prosecteur M. Cunéo, dont tout le monde, à l'Ecole pratique, connaît et apprécie la haute valeur ; les nerfs périphériques sont étudiés par M. Soulié. Comme dans tous les volumes publiés sous la savante direction de M. Poirier, l'ancien chef des travaux anatomiques, nous y trouvons cette clarté dans la description et cette expression dans les figures, qui font que l'anatomie devient intéressante et son étude plus facile. Les deux auteurs du troisième fascicule montrent que leur travail est avant tout un travail personnel, et que leurs descriptions ont été faites dans les pavillons de l'Ecole pratique ; c'est ainsi que, dans les nombreuses figures dont le texte est illustré, nous en trouvons quelques-unes empruntées au meilleurs anatomistes étrangers, tandis que d'autres, plus nombreuses, sont dessinées, d'après nature, par les auteurs eux-mêmes. X.

Kystes séreux du cou; par M. SUNDHOLM (A.)

L'auteur a pris pour ses études les tumeurs, qu'en France on appelle généralement kystes séreux congénitaux du cou et en Allemagne, lymphangiomes. Relativement à leur siège sur le cou, il les divise en trois groupes : I. Kystes dans la région sous-maxillaire ; II, ceux situés devant le muscle sterno-clido-mastoïdien et III, ceux de la fosse sus-claviculaire. En rapportant la plupart des cas jusqu'ici observés et publiés, l'auteur communique encore cinq cas traités dans la clinique chirurgicale à Helsingfors. De ces derniers il décrit plus en détail les cas I et V. Les voici :

I. Garçon de 3 mois. Depuis la naissance il a une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, au-dessous de l'oreille au côté gauche du cou. Peu à peu la tumeur s'est développée jusqu'à la grosseur d'un œuf de poule.

On a pratiqué l'énucléation de la tumeur, qui s'était étendue jusqu'aux grands vaisseaux du cou et l'épine dorsale. Guérison en deux semaines.

La tumeur consistait en kystes grands et petits ; les premiers en général à parois plus minces, les derniers à parois plus épaisses. Le contenu était limpide. Dans les parois de la tumeur il y avait plusieurs glandes lymphatiques agrandies. Dans une de ces glandes on a observé de petits kystes miliaires, dans un autre un seul grand kyste. Les glandes sont atrophiques et le tissu trabéculaire proéminant.

V. Fille de 1 an 1/2. Toute la fosse sus-claviculaire et sus-épineuse est occupée d'une tumeur qui s'étend en bas jusqu'à l'aisselle, où elle gagne la grandeur de deux poings. La peau au-dessus de la tumeur est normale et mobile. La tumeur est molle, fluctuante et mobile sur sa couche.

A l'extirpation on trouve la tumeur adhérente aux grands vaisseaux ; il est pourtant possible de l'en détacher. Vers le bas elle se continue au-dessous de clavicule, où on est forcé de la découper. On attache le moignon dans l'incision extérieure après y avoir introduit un drain de caoutchouc.

Les premiers jours après l'opération il y avait une riche sécrétion de la plaie, mais plus tard la sécrétion a diminué tant qu'on a enlevé le drain. Une semaine après la tumeur fut gonflée ; bien qu'elle se relâcha de nouveau, les forces de l'enfant diminuent successivement et la fille mourut 2 mois après l'opération.

La tumeur, conservée dans l'alcool, a la grandeur et la forme d'une poire. Elle se compose d'une masse de kystes plus ou moins grands, quelques-uns comme une fève, d'autres microscopiques. Plusieurs entre eux se communiquent. Les parois des kystes sont ou planes ou munies de trabécules. Vers la surface on trouve de petites glandes.

A l'examen microscopique on voit des vacuoles de kystes très irrégulières, munies d'une simple couche d'endothélium, au-dessous de laquelle il se trouve très souvent un tissu conjonctif fibrillaire, mais aussi des granulations graisseuses. Dans le tissu conjonctif il y a des fibres cellules ou en paquets simples ou ramifiées. Plusieurs de ces fibres-cellules semblent avoir leur origine dans la tunique moyenne des vaisseaux, d'autres ont une origine incertaine. Ces dernières sont plus épaisses et munies d'un noyau plus grand ; les premières, plus minces, se transforment en tissu conjonctif. On trouve aussi des fibrilles musculaires ou atrophiées ou comme des faisceaux épais et opaques. Par endroits on voit des cellules filamenteuses immédiatement au-dessous de l'endothélium et aussi une couche très mince d'un tissu conjonctif fibrillaire, surtout plus près des limites du tissu cellulaire. Dans les glandes et leurs sinus se trouve des vaisseaux lymphatiques relativement grands.

L'auteur regarde l'extirpation totale comme le traitement le plus rationnel au cas où elle peut se faire.

Relativement à l'étiologie l'auteur est du même avis que Naw et Ritter, à savoir que les kystes séreux du cou sont dus à un germe, qui le sépare pendant la vie fœtale. Si le germe séparé intéresse plus les glandes ou les vaisseaux lymphatiques, il en résulte les différentes formes de ces kystes. Mais l'auteur ne trouve pas juste l'opinion de Ritter, que les kystes s'agrandissent de telle manière, que l'endotèle et le tissu conjonctif se développent en même temps, parce que la paroi du kyste ne consiste souvent qu'en une couche simple d'endotèle au-dessous de laquelle on trouve un tissu graisseux. Selon l'auteur, les cavités lymphatiques se forment de manière que la lymphe s'introduit dans tissu graisseux en même temps que la paroi se revêt de l'endothélium ; le tissu conjonctif fibrillaire s'introduit plus tard au-dessous de l'endotèle. (*Finska Läk. handl.*)

Chirurgie de la plèvre et des poumons; par TERRIER et RAYMOND (Felix Alcan, éditeur).

Le nouveau petit volume qui vient d'être publié continue la série des ouvrages analogues que nous avons analysés ici et dont la substance est fournie par les leçons du professeur Terrier ; ce livre constitue, comme ceux qui l'ont procédé, un guide pratique d'une utilité incontestable, s'occupant d'ailleurs surtout de la technique opératoire, donnant avec analyse et critique les différents procédés appliqués à telle ou telle intervention, les jugeant tour à tour et donnant finalement l'opinion du maître sur le procédé qui lui paraît le meilleur. Les nombreuses figures jointes au texte facilitent singulièrement la description et la compréhension de ces techniques diverses. Le volume dont

nous donnons l'analyse traite donc de la chirurgie de la plèvre et du poumon.

C'est d'abord la description de la thoracentèse, de son manuel opératoire, des différents procédés employés, de ses indications et contre-indications dans les diverses affections pleurales.

C'est ensuite l'étude de la pleurotomie, de l'opération de Létiévant-Estlander et des modifications de ce procédé opératoire, de la thoracoplastie enfin, avec toutes les transformations qu'elle a subies entre les mains de ceux qui l'ont pratiquée.

La 3e partie est consacrée à la pneumotomie, opération à l'étude et pratiquée seulement depuis quelques années ; suivent les affections pulmonaires dans lesquelles cette intervention peut rendre des services.

Vient enfin l'étude de la pneumectomie, qui jusqu'alors a été pratiquée surtout expérimentalement sur les animaux, mais qui, par les perfectionnements de la technique chirurgicale, est appelée à rendre de notables services dans la chirurgie pulmonaire.

VARIA

Les épidémies.

La peste en Portugal.

Les journaux politiques donnent les détails suivants sur l'épidémie de peste du Portugal :

Lisbonne, le 11 novembre. — M. Pestana, directeur de l'Institut bactériologique de Lisbonne a été atteint par le fléau. M. Pestana était rentré de la veille d'Oporto ; pendant la journée il s'était occupé de ses affaires officielles. A 10 heures du soir, il prit la fièvre et demanda à être transporté, avec toute sa famille, à l'hôpital. Les habitants occupant tous les étages de sa maison furent conduits au Lazaret. Au premier étage avait lieu une soirée dansante. De grand matin, la police sanitaire fit conduire tous les invités au Lazaret. M. Pestana, cet après-midi, avait 41° de fièvre. Le bubon inguinal s'est franchement manifesté. Le roi Carlos, accompagné par un officier d'ordonnance, le capitaine Pinto-Basto, a visité le Dr Pestana, dans sa chambre, à l'hôpital des pestiférés.

Porto, le 11 novembre. — On a enrégistré, aujourd'hui, un cas de peste et un décès. Le Dr Salimbeni s'est rendu à Lisbonne. Il ne tardera pas à revenir bientôt.

Porto, le 14 novembre. — On a enregistré aujourd'hui 2 cas de peste, 1 décès. A l'hôpital, il y a 51 pestiférés.

La peste en Algérie.

Au Conseil des Ministres du 11 novembre 1899 les renseignements suivants ont été donnés sur les bruits de l'apparition de la peste en Algérie :

« On a annoncé que la peste bubonique aurait fait son apparition en Algérie. Ce qui est vrai, c'est qu'il y a quelque temps, quelques cas douteux se sont déclarés à Philippeville et à Bougie ; mais, depuis une dizaine de jours, aucun cas nouveau ne s'est produit et l'on peut affirmer qu'on ne se trouve pas en présence d'une épidémie de peste. Le Dr Chantemesse, qui est en Algérie depuis quelque temps, a prescrit, à toute éventualité, les mesures nécessaires. »

Les maires de Bougie et de Philippeville ont énergiquement protesté contre les bruits de l'infection de leurs villes par la peste. Ces bruits absolument faux, s'il faut les en croire, ont déjà causé de graves préjudices à notre colonie algérienne. C'est ainsi, si nous croyons le *Journal des Débats* du 15 novembre, qu'une mesure qui avait été considérée, avec raison, comme devant être très favorable à l'Algérie, et qui consiste en ce fait que les paquebots allemands de la Compagnie hambourgeoise américaine feront désormais escale à Alger, s'est trouvée entravée. Le grand paquebot *Augusta-Victoria*, qui devait justement inaugurer ce service, a soigneusement évité, hier matin, d'entrer dans le port d'Alger, et trente touristes, qui devaient hiverner dans notre possession africaine, ont continué leur route sur l'Italie. Il faut espérer que la note officielle suivante rassurera les étrangers, et que l'hivernage algérien ne trouvera pas d'obstacle à son succès, chaque année plus considérable.

Le gouvernement général de l'Algérie a communiqué la note suivante :

Divers journaux parisiens ont annoncé que la peste venait d'éclater dans le département de Constantine, où elle aurait fait un nombre considérable de victimes.

Nous sommes autorisés à déclarer que cette information est entièrement erronée. Si, du 15 septembre au 10 octobre, quelques cas suspects ont été signalés dans deux ports algériens de l'Est, ces cas, bénins et en très petit nombre, sont restés absolument isolés. Les malades sont entièrement guéris, et il y a près d'un mois que, malgré la surveillance la plus attentive et les recherches d'un éminent spécialiste, aucun fait nouveau n'a pu être constaté. La situation sanitaire des deux ports en question est excellente. Il est inutile d'ajouter que celle des autres ports algériens, et en particulier d'Alger, n'a jamais donné la moindre inquiétude. A supposer qu'il y ait eu un danger (et toutes les précautions avaient été prises en vue de cette hypothèse), il devrait être considéré aujourd'hui comme écarté.

La peste à Trieste.

Vienne, le 14 novembre. — La *Wiener Abend Post* constate les faits suivants : un matelot du vapeur *Polis Mitiline*, qui est arrivé à Trieste de Constantinople, est mort à l'hôpital d'isolement de Trieste d'une maladie qu'on soupçonne être la peste. Le Pr Weichselbaum, conseiller supérieur de santé, a été envoyé à Trieste pour faire une enquête scientifique sur ce cas. Toutes les mesures d'hygiène nécessaires ont été prises.

La peste au Mozambique.

Un télégramme reçu au *Foreing Office* de la légation anglaise à La Haye confirme que Lourenço-Marquez a été déclarée officiellement infectée par la peste. Tous les navires qui ont quitté Lourenço-Marquez depuis deux jours au moins sont considérés comme suspects. (L'*Aurore*, 12 novembre 1899).

La fièvre typhoïde à Vincennes.

La fièvre typhoïde a fait son apparition au 18e régiment d'artillerie. Les casernes d'artillerie sont des plus malsaines, et l'eau distribuée aux hommes n'est pas de première qualité. Une batterie a dû être déplacée et envoyée au Parc Saint-Maur. Plusieurs cas ont été mortels. On cite notamment celui d'un lieutenant nommé Weil, mort non de la fièvre, mais de ses suites. Un officier ayant été atteint, il est à croire que l'autorité militaire prendra les mesures nécessaires pour prévenir le retour de l'épidémie Et encore, il n'en faudrait pas jurer, si le lieutenant Weil était juif. (L'*Aurore*, 28 octobre 1899.)

La fièvre aphteuse à Tours.

Tours, le 6 novembre. — Une grave épidémie de fièvre aphteuse sévit sur différents points du département d'Indre-et-Loire, notamment dans le canton de Bléré. Beaucoup d'animaux de l'espèce bovine sont atteints. (*Journal des Débats.*)

Union des Syndicats médicaux de France.

Assemblée générale du 21 novembre 1899.

L'assemblée générale se réunira le 21 novembre 1899, à 2 heures du soir, au siège social.

Ordre du jour : 1° Allocutions et rapports du président, M. Comby ; du secrétaire général, M. Noir ; et du trésorier, M. Dnchesne ; 2° modifications aux statuts, paiement des cotisations et *Bulletin* ; 3° élections ; 4° rapport sur l'Assistance médicale gratuite, par M. Millon. Discussion ; 5° rapport sur les conséquences de la loi sur les accidents du travail, par M. le Dr Lande. Discussion ; 6° le doctorat en pharmacie.

Un banquet commun à l'Union des Syndicats et au Syndicat des médecins de la Seine, suivra l'assemblée générale et aura lieu à 7 h. 1/2 précises, au restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle.

La Fête de l'Association générale des Etudiants.

Nsus avons annoncé que le Président de la République avait accepté l'invitation qui lui avait été adressée par l'Association générale des étudiants de présider l'inauguration des nouveaux locaux de la rue des Ecoles. Voici, dans ses grandes lignes, le programme de la fête du dimanche 26 novembre :

M. Loubet arrivera à l'Association à une heure. Il sera reçu dans la salle des Conférences, à l'entresol, par M. Ernest Lavisse, de l'Académie française, président d'honneur de l'Association, par M. Marcombes, président du comité, et par les

membres du comité. MM. Lavisse et Marcombes souhaiteront la bienvenue au Président de la République.

M. Loubet visitera ensuite les nouveaux locaux du 43. Rappelons, à cette occasion, que les anciens locaux, ceux du 41, avaient reçu la visite de deux Présidents de la République, MM. Carnot et Casimir-Perier. La visite se terminera à 2 heures.

A 2 h. 1/4, dans le grand Amphithéâtre de la nouvelle Sorbonne, quo le vice-recteur de l'Académie, M. O. Gréard, a mis gracieusement à la disposition des étudiants, sera donnée une matinée musicale et dramatique, à laquelle M. Loubet a été prié d'assister. Cette matinée devra être terminée à 4 h. 1/2; on sait, en effet, que l'admirable Amphithéâtre de la Sorbonne est dépourvu de tout appareil d'éclairage. La question a été soulevée plusieurs fois déjà; elle n'a jamais été résolue.

Enfin, à 8 heures, un grand banquet réunira, au café Voltaire, les membres honoraires et beaucoup de membres actifs de l'Association. Ce banquet sera présidé par notre collaborateur M. Gustave Larroumet, membre de l'Institut. Le dernier banquet offert par l'Association a été donné en juin 1898; il était présidé par M. Massenet. Le prochain banquet sera le quatorzième banquet de l'Association. (*Le Temps* du 14 novembre 1899.)

L'avenir de la profession de médecin.

Cet avenir n'est pas rose, non seulement la médecine ne conduit plus à la fortune mais bientôt elle ne permettra même plus à ses adeptes de végéter dans une honnête misère. Notre confrère le Dr Salomon de Savigné l'Evêque (Sarthe) nous communique la lettre suivante que nous reproduisons textuellement et dont nous affirmons l'authenticité :

Le Mans, le 31 octobre 1899.

Monsieur le docteur,

J'ai eu l'honneur de vous adresser les statuts et un modèle de la police de la société d'assurance mutuelle *La Fraternelle Médicale et Pharmaceutique*, à l'effet de vous rendre compte de l'importance de cette société qui est organisée dans toute la France et qui fonctionnera aussitôt que MM. les Médecins et Pharmaciens auront donné leur adhésion. M. le Directeur général m'a chargé de vous demander si vous vouliez bien accepter le poste de docteur-médecin de la dite société dans votre circonscription et aussi vos conditions. La société traite avec MM. les docteurs-médecins de Paris, à raison de 0 fr. 80 à 1 franc par assuré chaque année.

Veuillez agréer, M. le docteur, etc.

P. S. Le tarif adopté par la société est celui de la Pharmacie centrale de France, (maison de gros) augmenté de vingt-cinq pour cent.

Nous ne reproduirons pas la lettre indignée du Dr Salomon en réponse aux offres de la Fraternelle; pareilles institutions se font justice elles-mêmes et n'ont pas besoin d'être combattues. Si nous avons cru devoir mettre cette lettre sous les yeux de nos lecteurs c'est pour leur montrer une fois encore à quel prix on estime nos services; car en supposant que la Fraternelle remplace l'Assistance publique et comprenne tous les habitants de Paris, elle offrirait généreusement à chacun des 2 868 praticiens de cette ville un traitement fastueux d'un peu moins de 800 francs par an!! J. NOIR.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VI des annonces.)

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, a commencé ses conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi 28 octobre à 5 heures, au laboratoire. — *Objet du cours* : Sources de l'électricité médicale. — Technique générale du maniement des appareils. — Electrodiagnostic. — Rôle de l'électricité médicale dans les maladies du système nerveux. — Electrothérapie gynécologique. — Le nombre des places étant limité, MM. les étudiants en médecine et docteurs sont priés de s'inscrire au Laboratoire, les mardis, jeudis et samedis, de 2 heures à 4 heures.

Conférence d'Internat. — MM. le Dr MILIAN, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, et A. SCHWARTZ, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine, commenceront dans les premiers jours de novembre, à l'Amphithéâtre Cruveilhier, de l'Ecole pratique, une conférence d'Internat dont le nombre des élèves sera limité. — Le prix d'inscription est de 30 francs. — Se faire inscrire chez M. le Dr Milian, 36, boulevard Saint-Germain, les mardi, jeudi, samedi, de 3 à 6 heures.

Conférences de Déontologie médicale. — MM. P. LE GENDRE et LEPAGE ont commencé des conférences le lundi 9 novembre, à 9 heures du soir, à l'Hôtel des Société savantes, 28, rue Serpente. Ces conférences gratuites auront lieu les lundis 13, 20 et 27 novembre, à la même heure. Ne seront admis que les étudiants en médecine sur la présentation de leur carte.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 29 oct. au samedi 4 nov. 1899, les naissances ont été au nombre de 1079, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 395, illégitimes, 171. Total, 566. — *Sexe féminin* : légitimes, 372, illégitimes, 141. Total, 513.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 29 oct. au samedi 4 nov. 1899, les décès ont été au nombre de 878, savoir : 445 hommes et 433 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 4, T. 13. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 3. T. 6. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie. Croup : M. 3, F. 1, T. 4. — Grippe : M. 2, F. 3, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 118. F. 74, T. 192. — Méningite tuberculeuse : M. 17, F. 8, T. 25. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 5, T. 13. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 9, T. 11. — Tumeurs malignes : M. 22, F. 26, T. 48. — Méningite simple : M. 9, F. 14, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 16, F. 23, T. 39. — Paralysie, M. 2, F. 7, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 2, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 27, T. 58. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 5, T. 10. — Bronchite chronique : M. 11, F. 7, T. 18. — Broncho-pneumonie : M. 19, F. 22, T. 41. — Pneumonie : M. 22, F. 22, T. 44. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 23, F. 25, T. 48. — Gastro-entérite, biberon : M. 10, F. 11, T. 21. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 4, T. 7. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 4, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale, M. 14, F. 10, T. 24. — Sénilité : M. 15, F. 27, T. 42. — Suicides : M. 5, F. 8, T. 13. — Autres morts violentes : M. 12, F. 4, T. 16. — Autres causes de mort : M. 56, F. 72, T. 128. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 1, T. 3.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 19. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 14, illégitimes, 14. Total : 28.

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 nov. au samedi 11 nov. 1899, les naissances ont été au nombre de 1074 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 386, illégitimes, 184. Total, 570. — *Sexe féminin* : légitimes, 361, illégitimes, 143. Total, 504.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 5 nov. au samedi 11 nov. 1899, les décès ont été au nombre de 778, savoir : 416 hommes et 362 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 6. T. 21. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 1, F. 3, T. 4. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 0, F. 1. T. 1. — Diphtérie. Croup : M. 3, F. 0. T. 3. — Grippe : M. 2, F. 1, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 89, F. 48. T. 137. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 5, T. 12. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 8, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 23. T. 44. — Méningite simple : M. 9, F. 10, T. 19. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 23, F. 16, T. 39. — Paralysie, M. 3 F. 5, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 8. F. 4, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 33, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 8, T. 10. — Bronchite chronique : M. 14, F. 6, T. 20. — Broncho-pneumonie : M. 12, F. 8, T. 20. — Pneumonie : M. 15, F. 16, T. 31. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 17, F. 20, T. 37. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 8, T. 14. Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 1. T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1. F. 2, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Debilité congénitale : M. 14, F. 12, T. 26. — Sénilité : M. 12, F. 22, T. 34. — Suicides : M. 15, F. 7, T. 22. — Autres morts violentes : M. 4. F. 3, T. 7. — Autres causes

de mort : M. 84, F. 70, T. 154. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 0, T. 1.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 8. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 19. Total : 41.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr SEVESTRE, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera, le lundi 20 décembre 1899, à 9 h. du matin (Hôpital des Enfants-Malades, pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Seront admis à suivre cet enseignement MM. les Etudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine. Chacun d'eux sera exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 heures. Ils seront classés par série de vingt et pour une période de un mois. (MM. les docteurs en Médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit tout autre pièce énonçant leur identité.) M. le Dr Bonnus, chef du laboratoire, et M. Deguy, interne du service, dirigent les travaux pratiques.

Exercices pratiques de Bactériologie sous la direction de M. le Dr Fernand BEZANÇON, chef du laboratoire de bactériologie. — Des exercices pratiques de bactériologie commenceront aux dates ci-après : mardi, 28 novembre 1899 ; mardi, 6 mars 1900 ; mardi, 1er mai 1900 ; ces exercices auront lieu de 2 à 5 heures, tous les jours, excepté le vendredi. Les élèves seront exercés individuellement aux diverses manipulations. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les lundis, mardis jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Pr DUPLAY commencera son cours le mardi 21 novembre 1899, à 9 h. 1/2 du matin à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — *Ordre du cours* : Lundi, visite et examen des malades (salle Saint-Landry). Mardi, leçon clinique et opérations, Amphithéâtre Chomel, à 9 heures 1/2. Mercredi, visite et examen des malades (salle Notre-Dame et salle Saint-Jean). Jeudi, opérations. (Chirurgie abdominale.) vendredi, leçon clinique et opérations. Amphithéâtre Chomel, à 9 h. 1/2. Samedi, exercices gynécologiques : salle Saint-Jean et salle du Spéculum. — *Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir* : 1° conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. le Dr Marion, chef de clinique. Mardi à 5 heures (Amphithéâtre Chomel) ; 2° exercices cliniques. Examen des malades par les élèves, sous la direction de M. le Dr Marion. Samedi, à 5 heures (Amphithéâtre Chomel) ; 3° conférences de gynécologie, séméiologie et méthodes d'exploration, par M. le Dr Clado, chef des travaux gynécologiques, Lundi, à 5 heures (Amphithéâtre Chomel) ; 4° exercices de gynécologie. Examen des femmes par les élèves, sous la direction de M. le Dr Clado. Mercredi, à 5 heures (salle du Spéculum) ; 5° conférences et exercices pratiques de bactériologie, d'anatomie et de physiologie pathologique, par MM. les Drs Cazin et Hallon, chefs du laboratoire. Mercredi, à 11 heures (Amphithéâtre Bichat) ; 6° conférences d'otologie et de rhinologie (méthodes d'exploration. Examen des malades, etc.), par M. le Dr Martha. Mardi, à 4 heures et vendredi, à 5 heures.

Cours libre sur les maladies chroniques. (Maladies des vieillards. — Maladies de la nutrition. — Maladies du système nerveux.) — M. MARIE, agrégé, commencera le 22 novembre 1899, à 5 heures (petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Nominations. — M. Berger, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur d'opérations et appareils à la même Faculté. — M. Terrier, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de Médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours d'anatomie comparée.* — M. H. FILHOL, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le lundi 20 novembre 1899, à 2 h. 1/2, dans l'Amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Le professeur traitera dans son cours de l'organisation des appareils de la respiration dans la série animale. Il continuera, d'autre part, dans une série de conférences, d'exposer l'organisation de la Nouvelle Galerie d'anatomie comparée (suite du cours de l'année précédente).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr CALÈS, directeur de l'asile d'aliénés de Bordeaux, ancien député de la Haute-Garonne et ancien conseiller général, décédé hier à Bordeaux qui avait su, comme homme politique et comme administrateur mériter la sympathie de tous. Ses obsèques civiles ont eu lieu à Villefranche-de-Lauraguais. — Nous apprenons encore la mort de M. le Dr AUBRY (de Saint-Brieuc) secrétaire du Syndicat médical des Côtes du Nord. Praticien très estimé et savant, M. Aubry avait récemment publié un mémoire très intéressant sur une famille de déséquilibrés, travail qui donna lieu à un procès en diffamation malgré l'objectif absolument scientifique et désintéressé de l'auteur. M. le Dr Aubry est mort à la suite d'un terrible accident de voiture. Sa perte sera vivement ressentie par ses confrères de Saint-Brieuc dont il avait su gagner l'estime et par ceux qui, comme nous, avaient eu l'avantage de le connaître et de l'apprécier. — M. le Dr Carlos VADÈS vient de mourir à Paris à l'âge de 67 ans. — Nous apprenons le décès de M. Joseph DREYFUS, ancien pharmacien, décédé à Paris, 3, rue Montholon, le 2 novembre 1899.

POSTE DE MÉDECIN VACANT. — A prendre immédiatement excellente situation pour un médecin. Pays composé de gens riches et bons payeurs, 8.000 habitants. Foires tous les mois ; marchés hebdomadaires. Logements superbes à prix modérés. Pour tous renseignements, s'adresser aux Bureaux du Journal.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies du système nerveux.* — M. GILLES DE LA TOURETTE, agrégé, suppléant M. le Pr Raymond, a commencé le cours de Clinique des maladies du système nerveux le vendredi 17 novembre 1899 à 10 heures du matin et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

LA
MORT PAR LA DÉCAPITATION
PAR
Le Dr Paul LOYE

Volume in-8 de XI-285 p. — Prix : 5 fr. Pour nos abonnés : 3 fr.

CLADO. **L'asepsie dans le service de gynécologie de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.** Un volume in-16 de 64 pages, avec 8 figures. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. 1 fr. 40

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 47. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 NOVEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Pr **BRISSAUD**.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

Votre accueil me touche plus que je ne saurais dire. Mais permettez moi d'abord de remercier Monsieur le Doyen qui veut bien me présenter lui-même à vous. Je suis grandement honoré de recevoir ici de lui l'investiture définitive. C'est pour moi un précieux gage de confiance, car, Messieurs, notre Doyen n'a pas de plus grand souci que votre travail, vos efforts et le renom glorieux de notre école. C'est bien ce qui fait aussi que ma responsabilité me paraît si grande.

En vous témoignant ma reconnaissance, Monsieur le Doyen je m'adresse à tout le Conseil de la Faculté que vous représentez, et dont la sympathie unanime m'a profondément touché. J'aurai le courage d'avouer que cette unanimité m'effraie, en ce moment, presque autant qu'elle me touche, ce qui n'est pas peu dire. J'ai grand peur qu'elle ne se soit fait illusion. L'affection trop bienveillante de quelques-uns de mes maîtres a fait prévaloir leur partialité. S'ils n'avaient eu à attendre de moi que de la bonne volonté et des efforts, leur choix ne serait pas égaré. Mais il s'agit de bien autre chose. J'espère du-moins qu'ils voudront bien ne pas me juger trop sévèrement dès aujourd'hui. En face d'eux, je n'aurai ni la prétention ni la liberté de parler sur un autre ton que celui qui convient à leur élève. Je les sens trop près de moi ; et je suis mal à l'aise pour dire, comme je le voudrais, non pas la gratitude que je leur ai vouée, mais les motifs de cette gratitude qu'ils ne pourraient s'empêcher d'entendre. Ma franchise les offusquerait. En tout cas Messieurs, lorsque le jour sera venu pour vous de faire un retour sur le passé, vous éprouverez, vous aussi, j'en suis bien sûr, une grande douceur à vous dire : « c'est moi qui ai choisi mes maîtres, c'est moi qui suis allé à eux; je ne leur étais rien; ils ne me connaissaient même pas de nom, et cependant ils m'ont accueilli dès le premier jour, et ils m'ont ensuite prodigué les mêmes soins, la même sollicitude que si c'étaient eux qui m'eussent choisi. » Mes maîtres à moi, Messieurs, ont si bien fait que j'en suis presque venu à le croire.

Au nombre déjà trop grand de ceux que j'ai perdus il en est dont je tiens à prononcer les noms : d'abord, Féréol, mon oncle, qui personnifiait la conscience professionnelle, le désintéressement et, en tout, l'honneur; puis Broca, Lasègue, Charcot. Ces trois noms figureront dans la postérité parmi les plus grands et les plus glorieux. Notre Faculté les revendique avec orgueil, j'aurai à les citer bien souvent; et vous pensez si, chaque fois, je serai fier en me rappelant que j'ai été guidé, conseillé, — et pourquoi ne pas le dire puisque c'est la vérité? — protégé et favorisé par de tels maîtres.

Enfin, Messieurs, vous attendez encore de moi un hommage à la mémoire du professeur regretté, dont la Faculté à bien voulu me confier la succession. M. Laboulbène a occupé pendant vingt ans la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie. Vous savez avec quelle rigueur il comprenait son devoir et avec quel zèle il le remplissait. Il faut reconnaître qu'il y eut d'autant plus de mérite que ses travaux antérieurs ne l'y avaient pas spécialement préparé. Une prédilection déclarée pour l'anatomie pathologique et surtout pour la parasitologie lui avait fait espérer un enseignement plus conforme à ses goûts et à son incontestable compétence. Cependant son activité lui permit de satisfaire aux exigences de ses fonctions nouvelles et aux recherches personnelles qui ne cessèrent d'alimenter sa curiosité laborieuse. Je n'ai pas à vous parler de son œuvre scientifique. MM. Jaccoud, Blanchard, Rendu, bien plus qualifiés que moi pour en apprécier la valeur, lui ont consacré d'éloquents éloges. Il m'appartient seulement de vous rappeler en quelques mots les services rendus à notre école, c'est-à-dire à vous-mêmes, par M. Laboulbène pendant les vingt années de son professorat. Comme il avait toute latitude pour restreindre ou étendre son programme, il avait pris le parti de passer séparément en revue les grandes époques de l'histoire médicale. Il étudia ainsi tour à tour la série des livres hippocratiques, la médecine de Celse, la période des Arabes, puis, entre-temps, rompant avec l'ordre chronologique, la période moderne où le ramenait sans cesse, malgré lui et par une sorte d'attraction irrésistible, la grande figure de Sydenham. Il avait eu l'heureuse idée

de résumer chaque année, dans les premières leçons de son cours, les faits importants, les découvertes, les résultats du travail accompli soit en France soit à l'étranger pendant l'année précédente. Il a été ainsi l'historiographe de la médecine et de la chirurgie pour le dernier quart du siècle qui va finir; et sa robuste santé en laquelle il avait confiance semblait lui assurer qu'il poursuivrait sa tâche jusqu'au terme prévu de sa carrière professorale. Un mal qui ne pardonne pas vint lui ôter cette espérance. Au commencement du dernier semestre d'hiver, il dût se résigner à quitter sa chaire, et il n'y a plus reparu.

Ceux de vous qui l'ont écouté et suivi, garderont certainement le souvenir de ce maître consciencieux et méthodique, toujours égal à lui-même, dont les leçons soigneusement préparées n'admettaient aucun oubli, aucune négligence. Il s'exprimait sans artifices, facilement, simplement, avec entrain et conviction, sur un ton tant soit peu dogmatique, comme il convient, du reste, quand on cite Aristote. Il était doux et affable. Vous vous rappellerez que dans les jurys d'examen son indulgence ne s'arrêtait qu'à cette extrême limite au-delà de laquelle la justice n'est qu'un nom. Enfin il savait se rendre aimable à tous, sans effort, et par le charme de sa bonhomie heureuse et bienveillante, discrètement agrémentée du parler chantant de la Gascogne.

Messieurs, j'hésite à évoquer un souvenir strictement personnel, mais c'est un besoin de mon cœur, et si je m'adresse à votre cœur, je suis sûr que vous me pardonnerez. Il y a seize ans, à une époque où la découverte de la sérothérapie antidiphtérique n'avait pas encore immortalisé le nom d'un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité, notre cher compatriote Roux, une épouvantable épidémie de diphtérie maudite s'abattit sur ma famille et ce fut un désastre. Nous ne savions quand la *mort* en aurait assez. Dans notre détresse, on vint de tous côtés à notre secours, et, parmi tant de maîtres ou d'amis empressés, M. Laboulbène fut un des premiers. Voilà ce que je tenais à dire ici, à la place qu'il a occupée.

Maintenant, Messieurs, je m'adresse à vous, et à vous aussi je dis un merci bien sincère. Vous avez voulu me faire plaisir dès notre première entrevue et vous y avez réussi, je vous assure. Vous avez d'ailleurs oublié que le nouveau venu qui est désigné pour vous donner une part d'instruction sera également appelé, à être souvent votre juge, et peut-être quelques-uns d'entre vous seront-ils disposés à le trouver sévère. Je leur sais gré de leur crédit généreux.

Votre sympathie est d'ailleurs multipliée par la présence d'un grand nombre de mes collègues que je distingue parmi vous, de condisciples, de camarades, de bons compagnons de fortune ou d'infortune, selon les jours, à qui je dois beaucoup de ce que j'ai pu apprendre. Car le travail en commun, qui est une condition nécessaire de nos études, ajoute aux plus précieuses amitiés l'obligation d'un véritable enseignement mutuel, qui est une des plus grandes ressources de notre instruction médicale. Ces amis-là sont donc aussi pour moi des maîtres que je salue avec reconnaissance.

Messieurs, il est naturel que les leçons auxquelles vous êtes accoutumés vous aient rendus difficiles. C'est donc un grand honneur que d'avoir charge de vous. Vous devinez bien comment je comprends cet honneur. En tout cas ce n'est pas à la façon de certain prélat, célèbre en son temps, et dont quelques-uns d'entre vous peuvent avoir entendu parler. L'histoire raconte que l'évêque Manassé, appelé à occuper le siège archi-épiscopal de Reims, se serait écrié en soupirant : « L'archevêché de Reims serait bien bon, s'il ne fallait pas y chanter la messe ! » Eh bien Messieurs, je n'admets pas cette restriction et je vous déclare que je serai, quant à moi, très heureux de chanter ici ma messe de toute ma foi de toutes mes forces, comme au village; et l'honneur qui me satisferait largement serait que quelques fidèles voulussent bien m'écouter sans trop d'indifférence ni de déplaisir.

Combien d'entre vous répondront à mon appel et resteront groupés autour de moi ? En présence de votre affluence éphémère je n'ose pas y songer; j'aime mieux laisser cela dans le vague. L'étude de l'histoire de la Médecine, tout attrayante qu'elle soit, a un grand tort : elle ne figure pas au programme des examens. Rassurez-vous : je ne ferai aucune démarche secrète pour qu'on l'y introduise. Cependant il n'est peut-être pas inutile que vous sachiez que le vœu en a été exprimé depuis longtemps, à maintes reprises et par des voix bien plus autorisées que la mienne. Andral, Malgaigne, Littré, Verneuil ont soutenu par la plume et par la parole que l'histoire de la Médecine et de la Chirurgie avait son utilité immédiate, et que, justifiant un enseignement spécial, elle comportait des épreuves et une sanction. La question a été tranchée dans un sens qui garantit toute votre sécurité.

Mais ce caractère d'utilité impérieuse qu'on invoquait à juste titre n'est probablement pas celui que vous supposez. Si l'on s'en rapportait à vous, le professeur, qui n'a pour guide que votre intérêt, se laisserait aller facilement à ne vous enseigner que l'histoire contemporaine, c'est-à-dire celle des notions ou des découvertes récentes, qui datent d'hier, que vous pourrez mettre à profit demain, et qui, somme toute, font déjà et définitivement partie du domaine historique. En s'interdisant de remonter plus haut dans le passé, il abuserait du privilège qui supprime pour lui toutes les limites de programme et qui lui laisse presque en tout carte blanche. Il manquerait au premier devoir que lui impose le titre même de la chaire qu'il occupe. Je viendrai donc soutenir à mon tour que l'enseignement de l'histoire de la Médecine — et de toute cette histoire — est un complément indispensable de l'instruction que vous recevez dans cette Faculté, dont quelques-uns rêvent de faire une Ecole exclusivement professionnelle.

Sans doute, Messieurs, la plupart d'entre vous seront praticiens. Mais parce que vous aurez des clartés de tout, vos aptitudes pratiques en seront-elles diminuées ? Bien au contraire, et vous le savez aussi bien que moi. Il ne faut pas, disait notre vieil Ambroise Paré, que les arts soient *cabalisés*. Ils doivent être tous à tous. Et le moyen ? C'est toujours cette culture désintéressée de l'esprit que, seuls, peuvent entretenir et développer les maîtres de la littérature médicale et chirurgicale. Or, cette littérature compte d'incomparables chefs-d'œuvre. Assurément elle est spéciale par certains côtés, mais elle n'est pas hermétiquement fermée, bien loin de là. Vous voyez même les écrivains d'aujourd'hui, ceux du roman, de la critique, du théâtre et jusqu'à ceux de la poésie, y pénétrer librement et lui faire de larges emprunts. Elle est assez généreuse et assez riche pour se laisser faire.

Ne doutez pas, Messieurs, que cette littérature soit la bonne école de la pensée. Lisez Bordeu, Bichat, Laënnec, Claude Bernard : à tous ceux-là nous devons des monuments impérissables, et les trésors qu'ils y ont accumulés vous appartiennent, car ces maîtres de nos maî-

tres, n'écrivaient plus en latin; ils savaient bien qu'ils disposaient de la plus belle langue pour s'exprimer dans le plus beau langage. Et cette langue, c'est notre langue maternelle, cette langue si saine, si souple, si alerte, si franche, si pure qu'elle est le plus pur reflet de la pensée elle-même, et que nous trouvons tout naturel, nous français (comme si c'était déjà une chose si simple et si naturelle), qu'il suffise de bien penser pour savoir bien dire. Vous n'en verrez pas de preuves plus manifestes que dans les ouvrages mêmes qui traitent spécialement de l'histoire de la Médecine. Donnez-vous simplement le plaisir de comparer les élucubrations embroussaillées d'un Sprengel avec l'élégante érudition d'un Littré ou d'un Daremberg.

Admettez, Messieurs, que cette littérature médicale ne soit qu'un passe-temps ; et les modèles qu'elle nous offrira pourront encore exercer sur nous, une influence très heureuse et très salutaire. C'est là que nous trouvons l'exemple de ce qu'on peut appeler la bonne tenue dans le langage. Chose regrettable, les discussions entre savants ne sont pas toutes empreintes de cette vertu si rare, la tolérance, qui est, selon Voltaire, la marque d'un esprit bien fait. La plupart du temps, à la seule différence de ton des adversaires, vous reconnaîtrez sans peine de quel côté est le bon droit. Parmi les controverses scientifiques que l'histoire a enregistrées, il en est que vous connaissez déjà, par exemple celle de Riolan et de Harvey. S'il vous prend la fantaisie de lire dans son texte l'argumentation de Riolan, vous éprouverez autant de confusion que de surprise, en songeant que de pareilles injures, presque des grossièretés étaient prononcées par un ex-archidiacre de notre Ecole et qu'elles s'adressaient à un honorable collègue, qui était par surcroit premier médecin du roi d'Angleterre et qui devait dans la postérité, mais cela Riolan l'ignorait, s'appeler Harvey tout court. Lisez enfin les réponses de Harvey. Vous n'y trouverez non seulement aucun mot malsonnant mais pas une phrase dont le tour ne soit d'une courtoisie irréprochable.

Lisez la discussion de Broussais et de Laënnec. Broussais vous apparaîtra comme un mauvais querelleur dont le talent fougueux, merveilleux, s'il servait la bonne cause, ne devait pas recourir aux invectives et encore moins aux insinuations malveillantes. Ensuite lisez Laënnec et comparez. La langue scientifique n'a jamais été plus simple, plus modeste, plus persuasive, ni plus digne.

De Riolan, de Broussais, que reste-t-il? Tout juste le souvenir de beaucoup de bruit pour rien, tandis que Harvey et Laënnec sont nos plus grandes gloires.

Mais c'est surtout dans les revendications de priorité que cette intempérance de langage se donne libre cours. Vous ne constaterez rien de semblable chez les savants qui se bornent à exposer des faits et à en tirer les conséquences. Lisez Haller, Jenner, Bichat, Corvisart, Bouillaud, Duchenne (de Boulogne), Villemin; lisez et relisez la note de Pasteur *sur l'extension de la théorie des germes à l'étiologie de quelques maladies communes*. Comme tout cela nous fait oublier les polémiques frisant le scandale, où les personnalités se heurtent! L'histoire nous apprend que les querelles violentes ne servent guère les vrais intérêts de la science, Elles ne sont qu'un prétexte; presque toujours c'est un autre intérêt qui est en jeu. Il faut laisser de tels moyens à ceux pour qui le prétendu sacerdoce médical ou chirurgical se réduit aux procédés habituels de l'offre et de la demande. Ceux-là sont bien loin de leurs humanités. D'ailleurs ils n'ont guère plus de souci du bon français que de leurs premières études de latin ou de grec. Si beaucoup d'entre eux connaissent encore l'étymologie du mot *dichotomie*, bien peu seraient en état de dire ce que signifie le mot *stéthoscope*.

Lisez donc Laënnec; car c'est notre bon livre. Il renferme autre chose que l'analyse des souffles et des râles. Lisez simplement la préface de la seconde édition. Elle n'est pas longue et c'est une grande leçon, qui élargit tous nos horizons et nous fait voir très haut tous nos devoirs.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce point. Car maintenant j'ai hâte de vous renseigner sur le but que nous poursuivrons et sur les moyens que nous emploierons pour l'atteindre.

L'histoire de la Médecine peut être envisagée à des points de vue très différents et nous avons fort heureusement, la liberté de choisir le nôtre. La recherche des documents qui nous fournissent les matériaux de cette étude est des plus séduisantes. C'est l'érudition. Elle se propose de découvrir les sources et d'apprécier le parti qu'on en peut tirer. Malheureusement, je ne suis pas érudit. J'aime mieux vous l'avouer avant que vous ne vous en aperceviez vous-mêmes. J'ajouterai, si cela pouvait passer pour une excuse, que, peu à peu, les sources s'épuisent, et que la plupart sont complètement taries. Il existe bien encore à la Bibliothèque Nationale un vieux fonds d'auteurs arabes dont on n'a jamais secoué la poussière. A supposer qu'ils fussent traduits, nous n'y trouverions guère, paraît-il, que des copies ou des commentaires de Rhazès et d'Avicenne. L'érudition n'aurait donc plus à compter que sur la littérature indoue et sur la littérature sino-japonaise qui passent pour nous cacher des trésors... Si vous y consentez, nous nous résignerons ensemble en attendant qu'on nous les révèle.

Un autre point de vue est celui de la chronologie pure. La médecine a subi une évolution dont les épisodes principaux se repèrent aisément sur les événements de l'histoire générale. On peut donc suivre pas à pas cette évolution, paralèllement à la succession des faits historiques. La méthode paraît d'abord très simple. Elle ne l'est pas en réalité. Elle manque de précision et de franchise. C'est moins de l'histoire de la médecine, à proprement parler, que de l'histoire à propos de médecine, ou de la médecine à propos d'histoire. Tournons-nous donc d'un autre côté.

Si nous abandonnons l'ordre chronologique, si même nous renonçons à étudier telle ou telle partie de l'histoire pour ne considérer que telle ou telle partie de la médecine, les sujets étant plus concrets, deviennent aussi plus simples, plus faciles à exposer et à comprendre, par là même plus instructifs, sans que leur portée générale en soit diminuée. Et alors nous n'avons plus que l'embarras du choix : l'anatomie, la physiologie, la pathologie médicale et chirurgicale, la pathologie générale, c'est-à-dire la doctrine, la thérapeutique, l'hygiène, l'obstétrique, la médecine légale, voilà autant de sujets dont l'ensemble constitue le programme même de vos études journalières et qui, séparément, peuvent fournir la matière de tout un cours d'histoire.

Il me semble qu'il n'y a pas à hésiter. Et puisque la pathologie, c'est-à-dire la connaissance des maladies est la base même des notions médicales, puisqu'elle est aussi indispensable au médecin que le dessin est indispensable au peintre, puisqu'elle est — passez-moi cet emprunt — la probité de l'art médical, c'est l'histoire des progrès de cette science qui doit, en bonne

logique, nous occuper la première. Vous remarquez que je parle seulement des progrès, en d'autres termes, des vérités conquises, ce qui limite déjà notre champ. S'il fallait nous attarder aux erreurs, nous n'en finirions jamais. Pourtant, penserez-vous, cette vérité conquise aujourd'hui ne devrons-nous pas y renoncer demain? Ne sera-t-elle pas redevenue l'erreur? Pas nécessairement. Certaines conquêtes peuvent être proclamées définitives. Pour d'autres il faut hésiter. Mais encore, les sacrifices qu'elles ont coûtés ne sont-ils pas irrémédiablement perdus.

Au siècle dernier un médecin philosophe, Vandœveren, — c'est une espèce éteinte, que celle des médecins philosophes, et ce n'est vraiment pas dommage — rédigea une dissertation *Sur les erreurs des médecins et leur utilité.* Rien que ce titre est très encourageant? Quoi qu'il en soit, Vicq d'Azyr s'empara de la dissertation de Vandœveren, et, lui fit, de sa plume académique, l'honneur d'un élogieux et brillant commentaire. Avec une restriction, il est vrai : Vicq d'Azyr ne reconnaît l'utilité des erreurs qu'à la condition qu'elles aient pour auteurs des hommes de génie. Ceci est moins encourageant; c'est le revers de la médaille. Mais, en fait, la thèse est absolument juste, et Vicq d'Azyr ne prévoyait pas qu'une erreur du plus illustre pathologiste de son siècle, Stahl, lui en fournirait l'argument le plus péremptoire. En effet, du vivant de Vicq d'Azyr, on commençait à critiquer sur le ton d'un doux scepticisme, la *matière frigorifique* de Schmidt, l'*air fixe* de Black et l'*air nitreux* de l'abbé Fontana. Et, dans le même temps, le phlogistique de Stahl régnait encore dans toute sa gloire. Or, il n'est pas douteux que Stahl a suscité Lavoisier; et il se trouve, par un singulier retour, que c'est Lavoisier qui a le plus contribué à perpétuer la célébrité de Stahl. Si, comme je le suppose, beaucoup d'entre vous ignorent les noms de Schmidt, de Black et de l'abbé Fontana, ce n'est pas que les erreurs de ces savants soient, au fond, bien différentes de celle de Stahl; c'est qu'elles sont — si l'on peut employer un pareil terme — moins belles; c'est qu'elles ne méritaient pas la réfutation d'un Lavoisier, c'est que le Progrès, en un mot, ne leur est redevable de rien.

Cet exemple suffira, je pense, pour marquer l'opposition de deux sortes d'erreurs. Les unes, les plus nombreuses, qui, sous la forme de milliers de petits volumes malpropres et insipides encombrent par kilomètres les rayons de nos bibliothèques, doivent être résolument abandonnées. Les autres, qui ont indirectement aidé au progrès, qui en font en quelque sorte partie intégrante, qui ont, par conséquent une importance classique, nous appartiennent et doivent être retenues.

Mais, tout de suite, se pose une question préalable. Est-il si facile de les distinguer les unes des autres? Oui, le plus souvent. Non seulement pour la pathologie mais pour toutes les parties des sciences médicales comme pour toutes les sciences d'observation, l'histoire est en mesure de nous fournir les éléments d'un jugement impartial et sûr. Quelle a donc été, dans la suite des temps, la condition essentielle du Progrès? C'est un certain esprit d'initiative et d'indépendance, qui exige l'action, qui admet toutes les audaces, qui ne recule pas devant la révolte et j'ajouterai la révolte à main armée. J'ai hâte de m'expliquer ; car cette révolte je vous la prêcherai sans concessions et sans trêve, parce qu'elle est, de toute évidence, la morale même de l'histoire de la médecine. Partout où on la trouve l'erreur même n'a jamais été en pure perte. Vous savez bien, d'autre part, qu'elle n'a plus, de nos jours, rien de tellement redoutable. Elle ne se réclame pas de la force brutale, elle n'entraîne pas comme jadis l'effusion du sang humain. Enfin c'est Monsieur le Doyen qui vous en fournira les armes. Ces armes vous les avez devinées Ce sont toutes celles dont l'arsenal fait la puissance de la technique moderne. C'est le perfectionnement continu de la technique qui a, peu à peu, dégagé la science d'une prétendue philosophie qui l'étouffait; et ce seront encore dans l'avenir, comme dans le présent, les succès de la technique qui marqueront les étapes du Progrès. Mais le maniement de cet outillage ne s'apprend pas en un jour. Il faut donc travailler de vos mains, appliquez-vous à devenir habiles, soyez ingénieux si vous le pouvez, enfin soyez dès à présent de bons apprentis pour devenir plus tard de bons ouvriers. Bichat, Magendie, Flourens, Claude Bernard l'ont bien été : ceux-là étaient de bons ouvriers du cerveau et de la main, qui n'admettaient pas que la science, « voulut être crue sur parole ». D'ailleurs un joli vers nous dit que « l'esprit va son train lorsque la main travaille »; et c'est, en effet, le seul travail de leurs mains qui a donné à leur pensée tout son essor. L'avenir décidera s'ils se sont trompés. Peu importe, leurs erreurs mêmes auront été fécondes.

Mais, Messieurs, la technique n'a pas affranchi uniquement la physiologie expérimentale, mais toutes les sciences qui touchent à la médecine de près ou de loin : l'anatomie, la chimie médicale, la thérapeutique, la séméiologie elle-même. Vous savez cette histoire ; elle tient en quelques mots. Galien avait emprunté à Hippocrate un chapitre du *Traité de la nature de l'homme*, qui renfermait tout un système de pathogénie. L'organisme est imprégné par quatre humeurs fondamentales, à chacune desquelles correspond un tempérament distinct. Toutes les maladies sont produites ou favorisées par l'excès d'une ou de plusieurs de ces humeurs, car l'excès de chacune constitue déjà un tempérament morbide.

Jamais aucun système ne fut plus hypothétique, mais jamais non plus aucun système ne fut plus simple, et c'est sa simplicité même qui le sauva. Pendant douze siècles, la médecine plia sous la domination autocratique de la théorie des quatre humeurs et des quatre tempéraments. On avait traduit Galien. On en traduisit les traductions, on en commenta les commentaires. Là se bornait toute la science; et il faut bien reconnaître qu'il n'en pouvait guère être autrement.

La longue succession de tourmentes et d'orages politiques qui remplit tout le Moyen-Age ne devait laisser à l'étude que peu de loisirs. Quelques moines — ceux qui ne bataillaient ni ne mendiaient — travaillaient encore dans le calme relatif des cloitres. Grâce à eux les traditions et les monuments du passé furent sauvés du naufrage. Leur gloire obscure doit survivre à l'oubli de leurs noms; d'autant qu'ils nous ont donné, d'après les Pères de l'Eglise, nos premières leçons de déontologie et de dignité professionnelle. Mais ils avaient étendu la main sur tout, et la médecine ne pouvait leur échapper. Elle avait une doctrine; ils en firent un dogme.

Le dogme se suffit à lui-même, il n'encourage pas la curiosité; il la condamne. L'obscurité fait en partie sa force. Il réprouva donc toutes les recherches, à commencer par les dissections. Car la créature humaine, œuvre de Dieu, est sacrée. Elle doit attendre jusqu'au jugement dernier la résurrection de la chair. Malheur à qui osait y toucher! D'ailleurs, les médecins pouvaient bien se

contenter de l'anatomie du chien et du porc. Et puis Erasistrate, le païen, n'avait-il pas ouvert des cadavres humains ? Il n'était pas défendu de s'en rapporter à Erasistrate. Le pape seul avait donc le droit de lever l'interdiction; et c'est seulement au commencement du XIV[e] siècle que Mundinus (de Luzzi) obtint du Saint-Siège l'autorisation exceptionnelle d'ouvrir les corps de deux femmes, sur la promesse qu'il ensevelirait leurs débris en terre sainte et qu'il ferait dire une grand'messe pour le repos de leur âme. Mais cent ans s'écoulèrent encore avant qu'on ne vit une dissection à Paris. Enfin, en 1556, le chancelier de la Faculté de Médecine de Montpellier, Rondelet, célébrait l'inauguration du premier amphithéâtre d'anatomie et y pratiquait l'autopsie de son propre enfant.

Nous nous demandons aujourd'hui ce que pouvait bien être une médecine sans anatomie. Et cependant, la technique anatomique ne date que de cette époque. Mais alors quels rapides progrès ! Moins de deux siècles suffisent pour éclairer les principaux mystères de la structure humaine. Presque dans le même temps, le microscope fait des prodiges et sa technique spéciale va révéler tout un monde.

Pourtant, ne croyez pas que cette révolution fut saluée avec enthousiasme par les rares médecins que n'avait pas disciplinés l'héritage scolastique de Galien. Ceux-là, aussi bien que tous les autres, étaient trop fiers pour mettre, comme on dit, la main à la pâte. Et puis l'anatomie ne leur semblait pas tellement nécessaire. A quoi bon l'anatomie, quand il suffit de tâter le pouls, regarder la langue, et se retirer en ouvrant la main ? Aux yeux de presque tous, l'innovation la plus prudente, l'expérience la plus discrète caractérisaient l'apostasie. La thérapeutique était écrite, une fois pour toutes, dans le *De modo medendi*. C'était comme une Bible dont il fallait accepter la lettre. Car douter de la lettre, c'est douter de l'esprit. Notre religion médicale avait donc, non-seulement ses fidèles, mais encore ses dévots, ses fanatiques, ses illuminés. Et comme elle eut parfois ses hérétiques, elle eut aussi ses justiciers... Tout cela, parce que les mains restaient inactives, et que le cerveau, perdu dans l'abstrait, s'abandonnait aux divagations les plus folles.

Vous prévoyez donc quel accueil pouvait attendre de ses contemporains un médecin qui, non content de bafouer le rituel des cérémonies scolaires et de protester contre l'infaillibilité de la parole écrite, se livrait lui-même à toute une cuisine suspecte, faisait bouillir des urines, maniait le soufre, l'arsenic et le vif-argent! On l'appelait bête féroce, suppôt du diable, distillateur impudent, insolent souffleur de cendres, castrat... j'en passe, et j'y suis obligé. Ces aménités confraternelles vous le désignent assez. C'était Paracelse. Il allait de ville en ville, traînant après lui, en un grotesque équipage, son attirail d'alambics incompris et de marmites séditieuses. Il jetait l'effroi parmi les maitres graves chargés de conserver aux néophytes la virginité de leur foi galénique. Partout on le repoussait avec horreur, et il lui fallait bien se résigner à partir, à chercher fortune ailleurs. Mais il maudissait à son tour les pontifes qui le chassaient du temple, et leur criait : « Je serai, un jour, votre maître à tous ! C'est vous qui me suivrez, et c'est vous qui nettoierez mes fourneaux ! » Et il ne se trompait pas.

La technique chimique, si rudimentaire qu'elle soit a certaines exigences. Un préparateur d'abord est toujours indispensable. Les élèves qui pouvaient le seconder étant excommuniés d'avance, Paracelse n'avait pas le droit d'être difficile dans le choix de ses collaborateurs. On lui reprochait de n'avoir pas la main heureuse; et le fait est qu'en dehors du séjour qu'il fit à Bâle, où il acquit le plus de notoriété, ses disciples ne lui restèrent pas longtemps fidèles. Il nous en a dit lui-même la raison : « J'ai eu vingt et un élèves; ils sont tous morts de la main du bourreau ». Il travailla donc presque seul, et c'est sans doute cet isolement qui a rendu son activité relativement inféconde. Mais la passion et l'habitude de l'expérimentation lui avaient ouvert des vues profondes sur la pathologie et la thérapeutique. Le premier, il chercha à déterminer certains caractères généraux des herbes guérissantes. Ainsi il put affirmer que la vertu curative d'une plante n'appartient pas à l'ensemble des parties constituantes de cette plante, mais à telle matière extractive qui, à l'exclusion de toutes les autres, parties jouit d'une propriété spéciale. Il avait eu l'idée d'isoler, de séparer des corps leur *quintessence*, et il avait découvert que certains végétaux traités par l'alcool abandonnent à celui-ci la partie utile de leur substance. Il n'en fallait pas plus pour qu'on le traitât de fou. On arguait contre lui de sa logomachie, de son mysticisme, de sa théosophie. Sur ce point il donnait prise à ses ennemis. Mais sa théosophie n'était guère ~~moins~~ insensée que la philosophie classique qui dominait alors tout l'enseignement officiel ; et son plus grand tort fut d'abandonner trop souvent les fameux fourneaux qui lui avaient valu les railleries et les malédictions de l'Ecole.

Peu après Paracelse, surgit un autre grand révolté, Van Helmont, d'autant plus redoutable qu'un long noviciat chez les jésuites de Louvain, l'avait mieux préparé pour la lutte. Celui-là aussi eut la folie d'espérer qu'il trouverait dans un creuset les secrets de la vie, de la maladie et de la mort. Il s'intitulait *philosophus per ignem*. Il avait, comme Paracelse, brûlé ses classiques, les commentateurs de Galien, qui, disait-il, répétaient tous la même chanson, *omnes libros canentes eamdem cantilenam*. Il ne voulut rien admettre que de l'observation et de l'expérience.

Personne encore n'avait affiché un pareil mépris pour toute doctrine. Or il fit de si grandes découvertes, que c'est seulement dans le courant du siècle actuel qu'on en a su mesurer la portée. Il prouva que la chaleur n'est pas le seul agent de la digestion gastrique, et que, malgré l'acidité du ferment, ce n'est pas l'acidité qui est le ferment lui-même. Il semble que cela ait été écrit hier. Il avait même inventé le *repas d'épreuve*. Le procédé manquait d'élégance : il se faisait vomir plus ou moins longtemps après ses repas, et il examinait les qualités du chyme suivant la nature des aliments ingérés et suivant le temps écoulé entre le repas et le vomissement. Il avait une conception de la maladie en général, qui nous le fait voir comme un lointain précurseur de nos contemporains immédiats. Il affirmait le parasitisme : « La maladie, disait-il, est un *être substantiel* qui existe *par lui-même*, qui procède du non être à l'être et qui vit en nous comme en une hôtellerie. Elle engendre des substances détournées du but que la nature leur a fixé ».

Mais il y a mieux encore. Il institua le premier des expériences où intervenait le contrôle *des poids et des mesures*. Paracelse avait prétendu que l'eau, en s'évaporant, s'annihile. Van Helmont prouva le contraire : « J'ai vu l'eau vaporisée se condenser de nouveau, et conserver *exactement* la même quantité qu'auparavant. L'or, à quelque opération qu'on le soumette, se trouve toujours avoir le même *poids*. Quand on décompose le

verre, on y trouve toujours la même quantité de sable et de cendre qu'on y avait employée. *Un élément n'en détruit pas un autre.* »

Oser soutenir de telles choses près de 200 ans avant Lavoisier, c'était se mettre ouvertement en rébellion contre toute croyance. Van Helmont, chrétien fervent, mais d'un mysticisme peu orthodoxe, avait beau placer ses œuvres « sous l'invocation d'Adam, de Salomon et de Sainte-Thérèse », on le dénonça à l'Inquisition, et la persécution s'acharna après lui jusqu'à l'empêcher d'assister ses enfants à leur lit de mort.

Ce n'était pas un progrès négligeable que celui dont Van Helmont dotait la technique biologique, et, s'il n'a pas lui-même tiré plus grand parti de l'expérience exacte, il n'est pas moins vrai qu'il a été le premier à en pressentir et à en indiquer l'utilité. Actuellement nous ne pouvons imaginer qu'on ait jamais pu soutenir l'opinion contraire, car l'emploi des instruments de précision est le moyen et la raison d'être de la technique. Par définition, c'est la technique elle-même. Mais les médecins du XVI[e] siècle et même ceux du XVII[e] étaient trop grands seigneurs pour faire œuvre de leurs dix doigts. Ils étaient savants par droit divin, n'en doutez pas; leur devise est encore inscrite au fronton de cet amphithéâtre : « Ils tiennent des Dieux les principes qu'ils nous ont transmis. » Cette prétention exorbitante suppléait à l'indigence de leur savoir, les dispensait de toute initiative, favorisait leur incorrigible apathie. Même au chevet des malades, leur technique était nulle. Ainsi ils pouvaient écrire de volumineux ouvrages sur *le pouls*, sans presque jamais parler du nombre des pulsations. Alors que l'usage des montres était déjà répandu, ils se servaient, pour compter le pouls, d'un petit sablier marquant approximativement la durée de la minute, ou, plus souvent encore, à partir de Galilée, d'un petit pendule à balle de plomb qu'ils tenaient à la main. L'astronome Képler avait fait, sur le pouls, d'ingénieux essais de chronométrie. Ils n'y prêtèrent aucune attention. La parole de Galien leur tenant lieu de révélation, ils s'abandonnaient à leur quiétude paresseuse et hautaine, et semblaient ne se complaire que « dans les saintes ténèbres de la foi ».

Lorsque Harvey leur apporta la lumière, tous d'abord fermèrent volontairement les yeux. Ce factieux qui, lui aussi, s'était abaissé à des besognes manuelles, bravait Galien dès les premiers mots : « Je commence disait-il, par déclarer hautement que je ne dois rien aux philosophes ». Et cependant tel était le prestige du vieux dogme que Harvey lui-même tremblait d'y porter la main. Comme le statuaire de la fable, la majesté de son œuvre l'effraya. Il attendit neuf ans avant d'oser la produire au monde. Puis cinquante années encore s'écoulèrent avant qu'un jeune médecin de l'école de Paris, Fagon, risquât son bonnet de docteur en soutenant l'existence de la circulation du sang. A cette époque comme à la nôtre, l'épreuve de la thèse équivalait, ou peu s'en faut, à une formalité. Fagon ne désespérait donc pas d'attendrir ses juges. Contrairement à son attente ils ne lui décernèrent que des éloges, mais, il est vrai, des éloges motivés. Ils avaient bien voulu reconnaître que « pour un aussi étrange paradoxe, le candidat ne s'en était pas mal tiré ».

A dater de la révolution harveyenne, une technique d'un nouveau genre s'introduisit peu à peu dans les habitudes de la médecine courante; et il ne serait pas difficile d'établir que c'est par cette technique que la clinique scientifique s'est définitivement constituée. Non pas que tout le monde se mit immédiatement à l'œuvre pour créer les engins de diagnostic qui manquaient. Mais, déjà, l'examen des malades, leur interrogatoire, l'analyse des symptômes, la description des cas, la rédaction des observations, bref ce que la fréquentation de l'hôpital peut seule aujourd'hui vous apprendre, devint l'objet d'une méthode jusqu'alors inconnue, dont Baillou — encore un précurseur — avait inconsciemment et comme par hasard jeté les bases, en se conformant simplement aux règles immuables de la médecine hippocratique.

L'enseignement de la clinique date de cette époque. Pour mesurer l'importance d'un tel événement, il suffit de comparer ce qui était alors à ce qui est aujourd'hui. Le maître racontait à l'élève ce qu'il avait observé; puis il lui posait la question sacramentelle : *Quid jugeas à propos facere?* Et le candidat était admis, ou non, selon ses réponses, à revêtir la robe doctorale, et déclaré apte à exercer du jour au lendemain la profession médicale, sans avoir jamais vu de ses yeux un érysipèle ou un furoncle.

L'obligation du stage hospitalier qu'on vous impose comme le plus impérieux devoir aurait passé encore, au début du XVII[e] siècle pour une monstrueuse immoralité. Ce n'est pas sans de rudes combats que François de le Böe (surnommé Sylvius) força les portes de l'hôpital de Leyde, pour y faire entrer ses élèves; et si son exemple finit par être suivi partout, ce fut partout avec plus ou moins de résistance.

Mais la technique dont il s'agit ne se résume pas exclusivement dans l'acte de présence pur et simple. Je me figure que Sylvius lui-même a dû connaître cette variété trop nombreuse de stagiaires aux bras croisés, qui, aujourd'hui encore, regardent de loin, auscultent à distance, du pied du lit, et rentrent chez eux convaincus qu'ils ont bien employé leur matinée...

Il est rare que la lésion se dénonce; il faut donc aller à sa recherche, et mettre en œuvre toutes les méthodes, tous les procédés de découverte, tous les instruments dont la clinique dispose : le thermomètre le laryngoscope, l'ophtalmoscope, le manomètre, le sphygmographe, tout enfin; car agir, toujours agir, voilà l'essentiel.

Est-ce à dire que le diagnostic clinique ne puisse plus désormais se passer d'une technique instrumentale plus ou moins encombrante? L'excès en tout est un défaut. Parlons encore du stéthoscope. Est-il resté pour nous l'instrument que Laënnec jugeait indispensable? Il est si peu indispensable que, lorsque par hasard nous en avons besoin à l'hôpital, presque invariablement vous l'avez oublié chez vous. Et cependant il est probable que, sans cet instrument aussi incommode que mal nommé, l'auscultation serait encore à découvrir. Mais Laënnec avait confiance en la vertu de son « cylindre » et il voulait, à toute force, en tirer le parti qu'il en attendait. Cette idée fixe, cette application opiniâtre devaient développer encore, s'il était possible, les qualités de pénétration et de discernement qui faisaient déjà de lui un observateur incomparable. Il en a été de même pour Duchenne de Boulogne, qui, dans son ingénuité, attribuait libéralement à sa bobine d'induction le mérite d'avoir créé la neuropathologie de toutes pièces. Ai-je besoin de vous rappeler que Duchenne de Boulogne, tout comme Laënnec, ne trouva d'abord, — en dehors de quelques vrais savants, — que des contradicteurs?

Ainsi telle est la puissance de l'esprit conservateur — je parle uniquement de médecine, — que les bienfaits de l'indépendance ne reçoivent guère leur consécration que du temps, autant vaut dire de l'histoire.

Il n'est pas d'époque où l'on n'ait traité de *paradoxe* tout ce qui n'était pas officiellement admis, convenu et proclamé *classique*. Aujourd'hui l'esprit scientifique est plus avisé; l'histoire l'a encouragé et habitué à avoir moins peur de l'inconnu. La négation *à priori* des faits nouveaux n'est plus un devoir inscrit dans les commandements de l'Ecole. L'opinion se fonde sur des données accessibles à tous, et la Faculté de Médecine, en particulier, ne consulte plus, comme au siècle dernier, la Faculté de Théologie sur « les dangers et l'impiété des inoculations ».

Bien plus même, les événements extraordinaires auquels nous assistons nous ont rendus non seulement moins sceptiques à l'égard des hardiesses du présent, mais plus indulgents envers certaines aberrations du passé. Il n'y a pas dix ans, alors que l'emploi de l'extrait thyroïdien n'avait pas encore été justifié par les résultats les plus étonnants dont puisse se vanter la thérapeutique, Brown-Séquard avait préconisé l'extrait de glandes spermatiques. Quelques-uns le taxèrent de folie; d'autres invoquèrent en sa faveur les circonstances atténuantes qu'on doit à la débilité sénile. Or, au XVIe siècle, quelques esprits forts raillaient déjà les anciens, leurs anciens à eux, et à plus forte raison les nôtres, qui engageaient les asthmatiques à manger du poumon de renard. Pourquoi le poumon *du renard?* Tout simplement parce que le renard ne s'essouffle pas à la course, ce qui est la marque d'un poumon de résistance exceptionnelle. Etait-ce tellement ridicule? Franchement je le crains un peu, mais je n'en jurerais pas. C'était de l'opothérapie au premier chef; et la logique la plus rigoureuse n'avait rien à y redire. Brown-Séquard, lui aussi, se conformait à cette logique, lorsqu'il donnait au taureau la préférence. Il estimait, non sans raison, qu'une glande comme celle du taureau, toujours prête à fonctionner, renferme plus de principes actifs que celle de tel autre animal qui ne s'éveille qu'une fois l'an, pour saluer le retour d'avril.

... Je pourrais, Messieurs, multiplier les exemples de ces sortes de revirements. Mais j'ai hâte de conclure.

Si les leçons de l'histoire sont le plus souvent sévères pour les médecins, il faut reconnaître en toute justice que les chirurgiens ont eu le bon esprit de les prévoir et que leur rôle a été bien plus glorieux que le nôtre.

La raison en est simple : ils travaillaient de leurs mains. Chirurgien ou manouvrier, c'est tout un. Les deux mots ne diffèrent que par le son. Mais ils ont la même constitution et le même sens. Or c'est parce qu'il travaillaient de leurs mains que les chirurgiens d'autrefois étaient méprisés. Ils avaient raison de se plaindre, mais ils avaient tort aussi. Car ils formaient une corporation dont les libertés n'étaient pas entravées par les lois implacables de l'Ecole. Ils avaient le droit de lire tous les « mauvais livres » et ils en usaient. Beaucoup d'entre eux — simples ouvriers ou artisans tenant boutique — étaient des savants de l'érudition la plus vaste Presque tous pouvaient en remontrer aux médecins. Non seulement ils lisaient, mais ils traduisaient les œuvres des chirurgiens et même des médecins de l'antiquité; et à l'expérience des siècles ils ajoutaient la leur.

L'histoire de la médecine n'a pas à opposer à l'histoire de la chirurgie de noms plus grands, ni plus justement célèbres que ceux de ces barbiers qui s'appelaient Gérard de Crémone, Guillaume de Salicet, Lanfranc, Guy de Chauliac, Franco, Thiéry de Héry, Ambroise Paré. C'est un chirurgien, Fabrice d'Aquapendente, qui a formé Harvey. C'est un chirurgien — et quel chirurgien! — Hunter, qui a formé Jenner.

Nous revivrons, Messieurs, avec ces vieux maîtres un temps lointain, dont notre époque ne donne qu'une idée très inexacte et très confuse. Car la médecine et la chirurgie d'aujourd'hui, visant le même but, malgré leurs spécialisations inévitables, ne cherchent qu'à s'entr'aider dans un effort commun. Et comme mon devoir sera d'évoquer les souvenirs du passé et de vous en inspirer le culte, je voudrais terminer cette première leçon en vous donnant un conseil que les ancêtres de la chirurgie me suggèrent. Ce conseil — sans me mettre en frais de citations savantes — c'est l'éternel conseil du Bonhomme, que nous avons tous appris dans notre enfance, et que nous savons tous par cœur, car il nous apporte à tous comme un très doux écho de la voix de nos parents :

.... Vous en viendrez à bout.
Remuez votre champ dès qu'on aura fait l'oût,
Creusez, fouillez, bêchez, ne laissez nulle place
Où *la main* ne passe et repasse.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours d'Histoire de la Médecine : M. le Pr Brissaud.

L'ouverture du cours de M. le Pr Brissaud, samedi 10 novembre, à 5 heures du soir, a été un véritable triomphe. De longtemps le grand Amphithéâtre de notre Faculté n'avait retenti de pareilles ovations et n'avait vu pareille affluence de maîtres et d'élèves, car le Pr Brissaud ne compte que des amis. Il nous serait impossible de nommer tous les professeurs, tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux qui s'étaient fait un agréable devoir d'écouter la première leçon du nouveau professeur. Contentons-nous de citer au hasard ceux que nous avons pu reconnaître de loin, entassés dans l'hémicycle, et la liste que nous en donnons est certes très incomplète : les Prs Brouardel, Potain, Debove, Budin, Pinard, Dieulafoy, Bouchard, Berger; les Drs Reclus, Millard, Marc Sée, Vaquez, A.-J. Martin, Tissier, Achard, Mosny, Lejars, Nélaton, Boulloche, Laborde, Monod, Gilbert-Ballet, Dupré, Netter, Chauffard, Béclère, Bourneville, Marie, Lepage, Josias, Gilles de la Tourette, Parmentier, Merklen, etc., etc. De nombreuses dames n'avaient pas craint de se risquer sur les bancs si peu confortables du vieil Amphithéâtre. D'ailleurs personne n'a regretté d'avoir passé une heure trop rapide sous le charme de la parole de M. Brissaud.

Après la présentation officielle par M. le Doyen Brouardel, une longue ovation, et des applaudissements répétés se sont élevés de tous les gradins de l'Amphithéâtre. Les couloirs étaient encombrés d'auditeurs qui manifestaient peut-être un peu trop bruyamment leur dépit de ne pouvoir prendre part à la fête. Visiblement ému, M. Brissaud a pris la parole, et, petit à petit, regagnant son sang froid, il a prononcé la belle leçon que nous publions aujourd'hui. Nos lecteurs nous sauront gré de ne pas tenter d'en faire l'éloge, cette tâche est au-dessus de nos moyens; l'esprit et la délicatesse que M. Brissaud y a semés avec tant d'art, perdraient à des commentaires qui, s'ils étaient sincères, pourraient paraître de prétentieuses flatteries.

Néanmoins M. le Pr Brissaud permettra au *Progrès médical* d'être tout particulièrement sensible à ses succès. Faut il rappeler la longue collaboration qu'il a donnée à notre œuvre commune pour laquelle il a conservé une fidèle affection? Devons-nous énumérer les travaux qu'il y publia sur l'*anémie pernicieuse* en 1876, sur les *tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne* en collabo-

ration avec M. E. Monod, en 1877, alors qu'il était interne des hôpitaux, les nombreuses leçons de MM. les P[rs] Fournier (1877) et Charcot (1879)? Ces travaux de la première heure permettaient de pressentir le brillant avenir du futur professeur, qui pardonnera au *Progrès médical* d'être fier du Maître qu'il a vu naître, grandir et triompher.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. le P[r] A. Fournier.

Vendredi, 17 novembre, à 10 heures du matin, M. le P[r] A. Fournier a ouvert son cours à l'hôpital Saint-Louis, par une leçon consacrée à *l'étiologie du tertiarisme* :

Nous sommes loin de connaître toutes les causes du tertiarisme. Certaines sont encore entourées d'un épais brouillard, d'autres sont à peine élucidées, il en est enfin dont le rôle étiologique est évident. Elles sont de quatre sortes : génie morbide de la syphilis, causes de terrain, causes extérieures, causes de la syphilis. Il y a des gens qui naissent tertiaires, qui dès le début sont tertiaires et qui le restent jusqu'à la mort. En fait de cause, on ne trouve rien chez eux : dans ces cas, le facteur étiologique n'est autre que le génie morbide de la syphilis elle-même. Les tertiaires graves n'ont eu le plus souvent qu'une syphilis secondaire bénigne, ou moyenne ou même très bénigne. Dans 100 cas de tertiarisme, il y avait eu 9 fois une syphilis secondaire sérieuse et 91 fois, une secondaire bénigne, ou moyenne. Type du tertiaire : chancre, accidents secondaires, accalmie de 10 à 12 ans, puis tertiarisme, avec mort par syphilis cérébrale. Les causes de terrain peuvent résider dans l'âge, l'état de santé, l'hérédité, l'alcoolisme, le paludisme, les dépressions physiques et morales. Le tertiarisme frappe principalement le jeune âge et la vieillesse; il est, dans l'âge sénile, très précoce et à terminaison rapide. L'anémie, la tuberculose, la scrofule, le lymphatisme y prédisposent, il est vrai, mais une santé, même excellente, ne peut l'empêcher de se produire : il frappe aussi bien les valides que les invalides, les forts que les faibles. L'hérédité nerveuse constitue très souvent une prédisposition familiale à la syphilis tertiaire. Quant à l'alcoolisme, il est une cause majeure, un facteur par excellence, d'accidents graves à jet continu, du tertiarisme qui produit la syphilis cérébrale et la paralysie générale. Dans la syphilis exotique, le paludisme donne lieu à ces graves lésions qui s'observent chez les tertiaires des pays chauds.

Les causes dépressives de tout genre, ayant pour effet d'inférioriser le malade vis à vis de la syphilis, jouent, dans l'étiologie du tertiarisme, un rôle considérable. Telles sont : l'hygiène et l'alimentation défectueuses, le défaut d'exercice, la misère; puis, les dépressions morales consécutives aux émotions du jeu, les soucis, le chagrin, le surmenage physique, intellectuel, mondain, ou vénérien (l'une des pires causes). Les excès vénériens produisent généralement la syphilis cérébrale; dans 6 cas les accidents tertiaires se sont manifestés dans la lune de miel, 2, 3, 10, 13 jours après les noces. Le surmenage mondain aboutit le plus souvent au tertiarisme nerveux, à la syphilis cérébrale, à la paralysie générale, au tabes. Les organes tarés, infériorisés, présentent des conditions locales de terrain favorables au développement de la syphilis tertiaire. Celle-ci se porte aussi sur les os traumatiques, sur les abcès; les varices sont une cause d'appel pour les ulcères gommeux sur les membres inférieurs. Comme causes extérieuses, il convient de citer : le tabac, qui appelle les manifestations tertiaires sur la bouche, sur la langue (la glossite scléreuse est rare chez la femme, fréquente chez l'homme); les traumatismes des os, qui résultent en exostoses, en gommes; le vésicatoire, qui peut appeler la syphilide tuberculeuse; les traumatismes sanglants qui rappellent la syphilis *in situ* (dans un cas, 25 ans après l'accident). Enfin, l'absence ou l'insuffisance du traitement doivent être considérées comme constituant la cause prédominante du tertiarisme. Celui-ci serait peu fréquent si celle-là n'existait pas, car il est rare chez ceux qui ont été bien traités. A preuve la statistique suivante : M. le P[r] Fournier a trouvé que, parmi les 2.400 tertiaires qu'il a eu l'occasion d'observer, 78 0/0 n'avaient été que peu ou point traités; 19 0/0 avaient suivi un traitement d'une durée variant entre 10 jours et 3 mois, et 3 0/0, un traitement prolongé au delà de 3 ans. Ces résultats statistiques sont excellents au point de vue du pronostic; ils montrent aussi que l'indifférence, le mépris du patient pour le traitement est la grande cause du tertiarisme.

Cours de pathologie interne : M. le D[r] Debove.

Le premier cours a eu lieu le samedi 11 novembre. Le professeur a donné aux étudiants des conseils sur la façon de faire un diagnostic et d'interroger des malades. Il leur a rappelé que les descriptions qu'il pourra donner des diverses affections ne représenteront que des types synthétiques, obtenus par la superposition de types secondaires. Dans le cours de cette leçon M. Debove donne un enseignement extrêmement pratique. Il distingue entre faire un diagnostic et savoir faire un diagnostic. Sans nier la facilité avec laquelle certains cliniciens le posent avec justesse quoique sans raisonnement, il s'élève contre l'abus de cette façon, de procéder. Un médecin très habitué a l'examen des malades peut acquérir une sorte de flair qui lui permet de mettre une étiquette sur un cas pathologique sans analyse préalable. Cela ne suppose pas une absence complète de réflexion : elle s'est faite par suite de l'habitude avec une facilité telle, que le diagnostic devient un aide réflexe comme de marcher ou de parler. Mais jamais on ne doit s'abstenir de contrôler ces diagnostics automatiques.

M. Debove est entré en second lieu dans les détails de l'interrogatoire. Il a décrit la technique de cette enquête médicale, le médecin doit être patient, il doit se mettre à la portée de celui qu'il interroge, et doit le laisser parler, en un mot il a le devoir de connaître complètement celui qui demande ses soins. Un médecin ne pose donc pas de questions indiscrètes lorsqu'il se livre à une enquête sérieuse, seulement il doit le faire tact. Ce n'est qu'après un examen complet qu'on peut tirer des conclusions certaines. M. Debove plait beaucoup à son auditoire il dit des choses pratiques, il intéresse.

Deux vieux médecins constataient en sortant que ce cours n'était pas assez magistral, qu'il était dit beaucoup trop vite, qu'on y rencontrait souvent une note gaie, enfin que les traditions se perdaient! Est-ce un bien. est-ce un mal? Les étudiants se moquent de ces traditions comme des autres. Quant à M. Debove, il a un auditoire toujours nombreux : cela lui suffit sans doute.

Conférences de laryngologie, otologie, rhinologie : M. Castex, chargé de cours.

M. le D[r] Castex a fait sa première leçon mardi 14 novembre à 3 heures dans le petit amphithéâtre Cruveilhier à l'Ecole pratique. Cette année M. Castex commencera son cours par l'étude de l'oreille, car il trouve qu'on a le tort en général de négliger un peu cet organe. On commence toujours par le larynx, on s'y attarde beaucoup et quand on veut enfin s'occuper de l'appareil auditif le

temps manque, on est obligé d'aller vite, trop vite pour l'enseignement des élèves. M. Castex passe rapidement en revue les différents instruments dont on se sert pour examiner l'oreille externe. Il parle des spéculums de Toynbee, de Brunton. Il passe ensuite à l'examen de l'oreille externe. L'examen de l'oreille externe peut être sommaire et se faire avec la lumière du jour en tirant le pavillon en haut et en arrière. Le plus souvent l'examen est pratiqué à l'aide du réflecteur frontal et avec le spéculum de Toynbee. La forme de l'oreille étant très variable, il est bon d'avoir plusieurs spéculums : larges et étroits, ovalaires et cylindriques, courts et longs. La main gauche de l'opérateur maintient l'instrument dans le conduit saisit le pavillon de l'oreille et le tire en haut et en arrière pour redresser le conduit. La main droite incline la tête du malade en avant et du côté opposé. Ceci fait on aperçoit très facilement la membrane du tympan.

M. Castex s'efforcera dans chacune de ses leçons d'envisager le côté pratique du sujet qu'il traitera. Il fera venir de sa clinique les malades les plus intéressants, il les examinera sur place et les fera examiner aussi par ses élèves. De cette façon il espère que ses auditeurs trouveront auprès de lui ce qui manque si souvent aux médecins : des notions sérieuses et pratiques.

Conférences de médecine mentale : M. Dupré, professeur agrégé.

Vendredi 17 novembre à 10 heures, dans le salon de la salle Sainte-Madeleine à l'Hôtel-Dieu, M. Dupré professeur agrégé, à inauguré ses conférences cliniques sur la médecine mentale. Après avoir, avec beaucoup de logique, critiqué notre organisation actuelle qui relègue au second plan la psychiâtrie et fait négliger son enseignement officiel, après avoir démontré sans peine l'intérêt considérable que les médecins retireraient de connaissances psychiâtriques sérieuses dans leur clientèle et dans les cas médico-légaux où ils sont souvent obligés de se prononcer, M. Dupré, a dans un tableau historique rapide, tracé à grands traits l'évolution de l'étude des maladies mentales, en donnant aux savants aliénistes français la place prépondérante qu'ils ont méritée dans le développement de cette branche de la médecine.

M. Dupré a terminé par la présentation de deux débiles très curieux qui lui ont servi d'exemples cliniques dans l'exposition de la théorie de la dégénérescence mentale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 *novembre* 1899. — PRÉSIDENCE DE M. MÉGUIN.

MM. TOULOUSE et RASCHIDE concluent de leurs expériences à la fatigue moindre de l'odorat que les autres sens. C'est pendant l'inspiration que l'olfaction augmente, et diminue pendant l'expiration.

Une discussion très longue à laquelle prennent part M. HENRIOT, qui fait remarquer que l'odorat, fatigué par une odeur est cependant impressionnable par une autre odeur.

M. LAPICQUE pense devoir expliquer physiologiquement par les variations de l'excitation la formation des sensations.

M. OLMER (de Marseille) a étudié l'*histogénèse de la cellule nerveuse* dans la série animale, Il a vu apparaître la substance chromatique sous forme de fines granulations aux contours mal délimités, à la périphérie des cellules des cornes antérieures, ces corpuscules s'organisent lentement et sont bien différenciés. La substance chromatophile apparaît à la périphérie de la cellule; il en existe souvent une bande au pourtour du noyau déterminant un espace clair. Dans les premiers stades, le noyau est encombré de granulations basophiles, avec de la substance chromatique; ils migrent à la périphérie du noyau. Dans la névrose, au cours du développement, la cellule nerveuse présente les caractères suivants : le protoplasma contient des vésicules claires qui donnent un aspect huileux constant avant l'apparition de la substance chromatophile, aussi bien dans les prolongements que dans le corps protoplasmique. Ces bulles fines d'abord se réunissent, gagnent la périphérie, y bombent, puis crèvent, semblant entraîner les prolongements protoplasmiques, l'auteur n'en a pas trouvé dans les cellules des ganglions spinaux.

M. OLMER a étudié les cellules de Purkinje des embryons chez le mouton, le chat, le cobaye. Chez l'embryon de brebis de 20 cent., les cellules ne sont pas différenciées, chez celui de 34 cent., le protoplasma s'est disposé en triangle à contours irréguliers, et symétriquement par rapport au noyau qui fait saillie vers la région médullaire. La substance chromatophile s'est déposée, sous forme de fines granulations à la périphérie du corps de la cellule; il y a de plus une bande granuleuse basophile, en rapport avec la moitié externe de noyau dont elle accuse le contour avec un étroit croissant vivement coloré en bleu. De petites vésicules arrondies, abondantes surtout au niveau des expansions latérales de la base de la cellule, sont distribuées à l'intérieur du protoplasma cellulaire suivant une disposition qui constitue l'état bulleux du protoplasma. Le noyau, finement granuleux, paraît formé par un fin réticulum, dont les nœuds sont indiqués par une condensation de la substance chromatique. Chez le chat, 24 heures après la naissance, les cellules de Purkinje sont analogues à celles de l'embryon de brebis; sauf que le noyau, tout en faisant saillie vers les zones médullaires, semble avoir atteint un développement parfait. Il existe un état bulleux net du protoplasma et des granulations chromatiques disposées à la périphérie des cellules. Chez le cobaye, la différenciation est plus rapide et plus complète.

MM. MAUREL et LAGRIFFE ont étudié l'*action de la température sur les poissons* et concluent : 1° que les poissons vivent dans des liquides n'ayant pas plus de 30° d'écart; que même, pour assurer leur existence régulière, il ne faut pas dépasser 15° pour chaque espèce ; 2° Ils semblent mieux organisés pour supporter les températures extrêmes de froid que de chaleur ; 3° l'influence thermique réagit sur leurs habitudes.

Ce n'est pas à la rigidité musculaire qu'il faut, dans le froid, attribuer leur mort, car ils sont en état de résolution musculaire. Les modifications provoquées par les températures extrêmes cessant aussitôt que la modification est produite, on ne peut attribuer la mort à une auto-intoxication dans ces cas. C'est plutôt à une modification histologique des tissus qui, prolongée, détermine la mort, et qui apparaît, pour chaque espèce, de la même façon et à la même température.

M. MANOUELIAN a appliqué les recherches de Ramon y Cajol et de Van Gehuchten au nerf optique, il a vu dans le lobe optique du poulet des cellules fort nombreuses à panaches protoplasmiques et à prolongement cylindraxiles prenant part à la constitution de nerf optique; ce serait des fibres équilibratrices de *nervi-nervorum*, présidant à la réception du courant nerveux, agissant non seulement au niveau de la rétine, mais sur les arborisations protoplasmiques des cellules du lobe optique.

M. LAGUESSE a observé chez de nombreuses espèces des portions de la glande pancréatique où normalement le tissu endocrine prédomine sur le tissu exocrine. L'auteur nomme ces îlots où la sécrétion interne prédomine : *îlots persistants*.

M. GUIEYSSE a observé chez les femelles en gestation (cobaye) que les cellules de la capsule surrénale élaborent un produit de sécrétion qui est abondant, le travail est

localisé à la zone moyenne de la couche moyenne et augmente pendant la durée de la gestation.

M. Lefas a étudié les accès lymphoïdes signalés par Klebs dans le parcerion humain; il en a observé de semblables chez l'homme adulte au niveau de la glande sous-maxillaire. dans l'adénie simple et dans certaines infections s'accompagnant d'hypertrophie ganglionnaire (de phtisie).

M. Rodel a étudié avec des résultats négatifs l'influence d'inoculations de bacilles d'Eberth et de colibacilles chez des cobayes préalablement inoculés de tubercules. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 novembre 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Prophylaxie de la syphilis.

M. Fournier résume les principales réformes à accompl r. Une des plus urgentes serait un concours spécial pour les places de l'hôpital Saint-Louis et des hôpitaux militaires. D'ailleurs les mesures administratives et policières sont d'une insuffisance absolue pour assurer la prophylaxie de la syphilis. Des mesures sérieuses devraient résulter de précautions thérapeutiques spéciales, constituant une véritable prophylaxie par le traitement. L'ordre actuel des choses ne permet pas cette prophylaxie qui devrait assurer la stérilisation de la syphilis : ce ne sont pas des hôpitaux qu'il faut, mais des consultations externes convenables. Le traitement de la syphilis devrait avoir lieu dans des dispensaires gratuits dépendant des hôpitaux, fonctionnant le soir et distribuant gratuitement des médicaments. Dans ces dispensaires, les consultations seraient individuelles, et les malades qui ne répugnent pas à exposer leur affection devant des médecins, n'auraient plus à le faire devant les autres malades comme cela se fait actuellement. Le service serait donc confié à des médecins des hôpitaux recrutés par concours spécial. Tout doit être dirigé vers un but unique, la prophylaxie de la syphilis.

Variations électriques des muscles.

M. Mendelsohn montre que l'état électrique des muscles varie suivant l'état de contractive ou de paralysie. Ces variations sont bien réelles, elles ne tiennent pas à l'état de la sécrétion sudorale.

La dourine.

M. Schneider, médecin aide-major et M. Buffard, vétérinaire militaire, adressent un mémoire dans lequel ils établissent, d'après les résultats de leurs expériences : 1° qu'il n'y a pas de distinction à faire entre la dourine expérimentale du chien et la dourine spontanée ou expérimentale du cheval; 2° que, dans cette maladie, il y a un parasite du sang, spécifique, le trypanosme; 3° qu'un animal mâle infecté par inoculation sous-cutanée d'un trypanosme, contamine par le coït une femelle, et vice versâ.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 novembre 1899. — Présidence de M. Troisier.

Démorphinisation durant la fièvre typhoïde.

M. Linossier raconte l'histoire d'un malade atteint de fièvre typhoïde, morphinomane qui prenait 0 gr. 40 de morphine par jour. M. Linossier ne voulut pas supprimer la morphine entièrement, mais arriva facilement à abaisser la dose à 0 gr. 03. La morphine fut diminuée à son insu et aucun accident ne survint. Une injection de morphine faite un jour sous le nom de caféine ne produisit aucun effet. On arriva à supprimer totalement la morphine et à ne lui injecter que de l'eau. On eut beaucoup de peine à le convaincre de sa guérison. Redevenu morphinomane, il se démorphinisa lui-même dans une maison de santé sans en ressentir d'accidents, car il était convaincu de l'innocuité de la démorphinisation. Il faut donc conclure, comme M. Joffroy, que les accidents de démorphinisation sont pour la plupart, d'origine psychique.

Névrose tachycardique d'origine traumatique prémonitoire d'un anévrisme de l'aorte.

M. Faisans présente un malade, qui à la suite d'un accès de grippe, présenta de la tachycardie continue (158 puls.), durant deux ans il présentait en outre un souffle d'insuffisance mitrale. La maladie avait débuté à la suite d'une lutte avec un camarade dans laquelle il avait senti un craquement se produire dans la poitrine et était tombé en syncope. De la péricardite suivie de symphyse cardiaque survinrent ensuite, puis des signes d'insuffisance aortique et d'anévrisme de l'aorte. La tachycardie était bien supportée, le malade, placier en vins, a continué son métier et, chose paradoxale, lorsqu'il se mettait à courir, la tachycardie se calmait, le pouls tombait de 175 à 75, et en même temps le malade ressentait une gêne considérable.

Intoxication mercurielle mortelle, consécutive à des injections de calomel.

MM. Gaucher et J. Noel. — Je lutte depuis plusieurs années contre l'usage des injections de calomel ou d'autres préparations mercurielles insolubles, dans le traitement de la syphilis; prévoyant qu'un jour on aurait à déplorer des accidents mortels : ma prévision s'est malheureusement réalisée ainsi qu'en témoigne l'observation suivante. Le 27 octobre 1899, je suis appelé par le Dr J. Noël pour voir un homme de 50 ans, qui, dans le cours d'une paraplégie durant depuis cinq mois, a été atteint d'une éruption érythémateuse, scarlatiniforme, généralisée, accompagnée de diarrhée, de vomissements et d'un état des plus graves. Le malade est couvert de larges plaques rouges, légèrement tuméfiées, dont quelques-unes sont déjà squameuses, dont d'autres sont couvertes de fines vésicules eczématiformes. Cette éruption qui a débuté, il y a huit jours, par la face, s'est étendue de haut en bas et occupe aujourd'hui, non seulement la face, où elle commence à s'atténuer, mais aussi le cou, le thorax, l'abdomen, le dos et les membres.

La première impression est celle d'une éruption d'origine toxique et cette impression est confirmée par les autres symptômes. Les gencives et la langue sont tuméfiées, couvertes d'une salivation visqueuse et fétide ; depuis six à sept jours, il y a une diarrhée abondante, parfois sanguinolente ; le lait, même glacé, n'est plus digéré ; il y a des vomissements incessants et même des vomissements porracés ; le pouls est filiforme sans aucun signe de péritonite. Les urines sont rares, mais ne contenaient pas d'albumine les jours précédents. Le malade est dans un état d'affaissement et d'hébétude voisin du coma. Cet ensemble symptomatique ressemble tellement à une intoxication, surtout à une intoxication mercurielle, que je m'enquiers des médicaments prescrits. J'apprends qu'on a donné de l'iodure de potassium mais qu'on l'a cessé depuis longtemps ; que le malade ne prend pas de mercure actuellement, mais qu'on lui a fait, *quatre mois auparavant, des injections de calomel,* de cinq centigrammes chacune, à cinq jours de distance, injections prescrites par un médecin appelé en consultation par la famille. Le lendemain de notre visite, l'éruption scarlatiniforme se généralise en devenant encore plus rouge ; la prostration augmente ; le pouls n'est plus perceptible à la radiale malgré les injections de caféine ; le malade a plusieurs syncopes et succombe avec tous les symptômes d'une intoxication progressive. Je crois qu'il est impossible, dans ce cas, de faire un autre diagnostic que celui d'intoxication mercurielle. On pourra s'étonner que l'empoisonnement ne se soit produit qu'au bout d'un temps aussi long, quatre mois après les injections. Mais on sait que la dissolution des sels mercuriels insolubles, injectés dans les tissus, se fait d'une façon très irrégulière. Les masses injectées peuvent s'enkyster et rester inertes pendant longtemps, pour se dissoudre ensuite, toutes ensemble, très rapidement. Là est précisément le danger des injections de calomel et c'est ce qui s'est produit dans ce cas. C'est pourquoi je préfère de beaucoup aux injections de sels insolubles les injections mercurielles solubles,

qu'on peut graduer à volonté et dont on surveille facilement les effets. Toutefois, je ne voudrais pas qu'on donnât à cette communication un autre sens que celui qu'elle doit avoir. Je ne dis pas que les injections de sels mercuriels insolubles sont inefficaces, je dis seulement qu'elles sont très dangereuses. Je reconnais que les injections de calomel ont donné parfois des résultats remarquables dans les mains d'hommes compétents. J'ai vu dans le service de M. le Pr Fournier plusieurs cas de guérison presque surprenante par cette méthode thérapeutique. Mais, d'autre part, je crois devoir m'élever une fois de plus contre l'abus périlleux de cette médication, employée sans raison suffisante, à la place d'autres préparations mercurielles qui ne présentent pas le même danger. Puisse cette observation éclairer les médecins intelligents et consciencieux, c'est pour eux que je la publie.

M. Merklen fait remarquer que même pris par la bouche le calomel peut déterminer de la stomatite mercurielle tardive. Le malade de M. Gaucher était porteur d'une escharre à la fesse et de cystite, avait-il les reins et le foie indemnes?

M. Gaucher fait remarquer que les reins étaient sains; le foie était un gros foie d'alcoolique.

M. Variot rappelle, à ce propos, qu'une enfant soignée par de la pommade mercurielle d'accidents phtiriasiques du cuir chevelu, fut atteinte très rapidement d'une éruption scarlatiniforme intense.

M. Balzer croit que l'on ne doit pas faire d'injections de calomel aux malades paralysés. D'autre part il s'étonne de l'absence d'albuminurie chez la malade pendant l'intoxication mercurielle.

M. Guinon signale une néphrite d'origine mercurielle survenue trois semaines après une injection d'un sel insoluble de mercure.

M. Gaucher ne peut pas affirmer qu'il n'y avait pas d'albumine au moment de la mort de son malade, car on n'a pu analyser les urines du reste fort rares.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 novembre 1899.—Présidence de M. Richelot.

M. Broca, à l'occasion de la communication de M. Schwartz, dans la dernière séance, rapporte un cas d'abcès cérébral d'origine otitique, traité également par la voie transmastoïdienne et suivi de guérison.

Résection de la hanche dans la coxalgie.

M. Nélaton présente deux cas de résection de la hanche pour coxalgie, communication qui lui paraît intéressante, parce que, à tort, selon lui, ce procédé n'est pas généralement adopté. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme, traitée depuis deux ans d'abord, puis pendant seize mois pour une coxalgie; M. Nélaton fit la resection de la hanche, enlevant la tête fémorale et une portion d'os iliaque large comme la paume de la main; la synoviale fut complètement enlevée — la malade guérit, n'ayant plus qu'un écoulement séreux pendant quatre mois. Dans le deuxième cas, c'est un garçon de 11 ans, coxalgique depuis deux ans; la température, 38°, engagea M. Nélaton à intervenir; il fit la résection, n'enlevant que les parties superficielles de la tête et de la cavité cotylaire. La guérison fut rapide. La femme, à l'aide d'une canne, marche assez facilement. sans ankylose de la hanche — le jeune homme a une ankylose et marche très bien sans canne, en boitant légèrement. Ces résultats sont infiniment meilleurs que ceux donnés par les méthodes conservatrices; et si l'opération n'est pas accréditée chez nous, c'est parce que jusqu'ici on ne s'est pas décidé à faire l'ablation totale des parties malades; M. Nelaton pense que chez les adolescents il faut se décider de bonne heure à la résection de la hanche, comme s'il s'agissait d'une tumeur blanche du genou.

M. Félizet fait remarquer également que la résection n'est en effet efficace que si elle est radicale et il la croit appelée à un très bel avenir. M. Félizet a fait 300 interventions de ce genre et n'a que 2 décès, et ceci grâce au flambage de la cavité par le chalumeau; il ne faut pas trop attendre, mais intervenir dès qu'il y a de la fièvre et une douleur qui persiste malgré l'immobilisation. Une fois la résection faite, le pansement n'est enlevé qu'au bout de 20 jours; un bon drain suffit pour drainer la cavité suppurante.

Déformations chirurgicales consécutives à la paralysie infantile.

M. Broca fait un rapport sur les déformations chirurgicales consécutives à la paralysie infantile, par le Dr Delanglade (de Marseille). M Delanglade a fait dans un cas l'enchevillement simple du pied, et avec succès; il ne conseille cette opération que si la radiographie montre le noyau osseux de l'astragale trop petit, pour être utilement adapté à la mortaise avivée. Parfois des transplantations tendineuses suffisent au traitement, souvent la combinaison des deux méthodes donne des résultats excellents. Enfin dans les cas désespérés où les lésions ont frappé simultanément et sévèrement les deux membres inférieurs, M Delanglade a fait plusieurs interventions successives tendineuses et osseuses, et il rapporte un cas où il a obtenu un résultat relativement très bon. Schwartz.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance de novembre 1899.

Stomatite diphtéroïde des nouveau-nés.

M. A. Brindeau. — Je viens d'observer quatre cas de cette affection nommee encore aphtes de Valleix et Bednar, plaques ptérygoïdiennes de Parrot. Elle consiste dans la présence au niveau de la muqueuse buccale de petites ulcérations recouvertes de fausses membranes grisâtres. Ces ulcérations siègent le plus souvent sur la voûte palatine au niveau des apophyses ptérygoïdes mais on peut aussi les rencontrer sur la ligne médiane de cette voûte, sur le frein de la lèvre inférieure, etc. On les observe chez les enfants bien portants aussi bien que chez les cachectiques et les débiles. Quant à leur pathogénie, elle est assez discutée. Pour Parrot ce seraient des lésions traumatiques, pour Sevestre et Gastou, des manifestations muqueuses de l'impétigo. Les auteurs ont toujours trouvé le staphylocoque dans les fausses membranes. Balzer et Griffon au contraire pensent que l'affection est le plus souvent à streptocoques. Dans nos quatre cas, nous avons trouvé une fois le streptocoque à l'état pur et trois fois associé au staphylocoque. Cette constatation a une certaine importance clinique, car dans un cas la stomatite a été le point de départ d'un érysipèle mortel pour l'enfant. Dans un autre l'enfant ayant continué à têter sa mère, il s'en suivit une galactophorite à streptocoque qui se termina du reste par la guérison en employant l'expression du sein.

Un cas de paraplégie obstétricale.

MM. Gilbert Ballet et Henri Bernard présentent une malade atteinte d'une paraplégie survenue immédiatement à la suite d'un accouchement laborieux, qui avait nécessité cinq ou six applications de forceps : la paralysie, qui s'étendait aux deux membres inférieurs, a cependant prédominé du côté gauche. Ce fait est intéressant en ce qu'il permet d'élucider le mécanisme de la production d'un certain nombre des paraplégies du post-partum : ici en effet, l'examen électrique a montré que tous les muscles touchés étaient situés dans le territoire d'innervation du tronc lombo-sacré et du nerf obturateur; de plus aucun des muscles innervés par les fibres provenant de ces deux troncs n'a été respecté. Il s'agit donc évidemment d'une compression de ces deux troncs au niveau du détroit supérieur : l'absence de tout accident infectieux ou toxique, et le début de la paraplégie immédiatement après l'accouchement sont d'ailleurs d'autres arguments en faveur de l'étiologie traumatique de l'affection.

Les auteurs terminent en établissant quatre catégories de paraplégies consécutives à l'accouchement : 1° Des paraplégies symptomatiques d'une polynévrite infectieuse ou toxique; 2° Des paraplégies nettement traumatiques, dues à la compression nerveuse seule; 3° Des paraplégies dans lesquelles le traumatisme n'est que la cause déterminante d'une paralysie infectieuse ou toxique; 4° Des paraplégies hystériques,

M. DELOU. — *De l'enchondrome hydatiforme du placenta.*

M RASTOUIL. — *Infection puerpérale et granulie.*

M. H. DE ROTSCHILD. — Présentation d'un malade atteint d'*exotrophie de la vessie.*

Malformation et infection.

M. GHEORGHIU a eu l'occasion de recueillir pendant les deux années passées à la maternité comme interne, soixante-deux observations de nouveau-nés, présentant des arrêts de développement et des vices de conformation, issus des mères et pères ayant eu des maladies infectieuses avant ou pendant la fécondation. Il y a une relation étroite entre les arrêts du développement chez les nouveau-nés et l'état pathologique des parents, quoique d'autres circonstances interviennent. On trouve la syphilis moins souvent que la tuberculose, la fièvre typhoïde, la scarlatine et la rougeole. Les enfants arrivent au monde avant terme et leur poids est au-dessous de la moyenne normale.

Un nouveau forceps à poignée.

L'appareil de M. BERTHOD est basé sur les mêmes principes que celui de Tarnier. Il en diffère en ce que l'équilibration existe en avant de la vis et que le manche présente d'après l'auteur un maniement plus commode, permettant notamment la traction d'une seule main. Le grand avantage de ce forceps serait d'avoir un tracteur qui pourrait s'adapter sur un forceps quelconque sans tracteur. H. C,

THÉRAPEUTIQUE

Des difficultés de l'alimentation chez les malades.

Le médecin a journellement à résoudre ce problème : Nourrir des anémiques, phtisiques, cancéreux, etc...., pour qui l'alimentation est de toute nécessité, mais dont l'inappétence est absolue. Chez d'autres malades, il n'y a pas anorexie ; mais les aliments pris ne sont pas digérés, ni assimilés. A peine absorbés, ils provoquent des révoltes de l'estomac ou occasionnent des diarrhées abondantes : toutes causes d'affaiblissement. Alors que le médecin voudrait faire choix et indiquer au malade tel ou tel aliment plus compatible avec son genre d'affection, il ne peut que lui dire : Mangez ce que vous pourrez. Mais les aliments les plus délicats, les plus susceptibles de flatter l'appétit, n'ont généralement pas plus de succès. On voit aussi échouer la viande mise en poudre ou digérée préalablement à l'aide de la pepsine. Ces moyens favorisent quelquefois l'absorption, mais trop peu souvent obtiennent la digestion ou l'assimilation,

Pour ces malades, l'Elixir alimentaire Ducro, est d'un puissant secours. Une expérience de plus de trente ans a démontré qn'il était toujours pris avec plaisir, toujours digéré et qu'il soutenait l'organisme le plus débilité, même à défaut de toute nourriture. Les substances qui concourent à sa préparation sont : la viande crue, l'hypophosphite de soude, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Il emprunte aux deux premières ses qualités reconstituantes. Les écorces d'oranges amères ne lui communiquent pas seulement le goût si agréable qui le fait assimiler aux meilleures liqueurs de table, mais aussi les propriétés apéritives et stomachiques des amers. Quant à l'eau-de-vie dont on a dans ces derniers temps condamné à juste titre l'abus, mais reconnu les mérites lorsqu'elle est de bonne qualité et employée avec discernement, elle apporte à l'Elixir Ducro ses qualités d'antidéperditeur. Par elle, il aide à retarder la désassimilation. Si l'Elixir Ducro ne saurait être considéré reconstituant à l'égal de la viande prise en nature, il l'est assez pour soutenir les forces du malade jusqu'au jour où, les fonctions étant rétablies, la nourriture peut être reprise. Par dessus tout, il a le mérite de toujours être pris et digéré, alors que toute autre nourriture est refusée.

BIBLIOGRAPHIE

Les mouvements méthodiques et la mécanothérapie; par le Dr LAGRANGE. (Alcan, édit. 1899).

M. Lagrange, qui antérieurement s'est fait remarquer par ses ouvrages sur la physiologie des exercices du corps et la médication par l'exercice, nous donne aujourd'hui un nouveau volume sur l'application de la méthode. Il étudie seulement une forme particulière des mouvements, les mouvements méthodiques, et il décrit minutieusement parmi les procédés qui peuvent les produire, le procédé mécanique ou mécanothérapie. Ce n'est pas tant la technique que ses résultats et son principe sur lesquels il s'appesantit La mécanothérapie est l'art d'appliquer à la thérapeutique et à l'hygiène certaines machines imaginées pour provoquer les mouvements corporels méthodiques dont on a réglé d'avance la forme, l'étendue, l'énergie. Il y a de nombreuses relations entre la gymnastique dite suédoise et la mécanothérapie. Cette dernière n'a d'autre but que de perfectionner par l'emploi d'appareils le système suédois qui se fait à l'aide de procédés manuels. Mais le desideratum du système est de doser exactement l'intensité du mouvement et de le localiser à un groupe musculaire d'une façon précise. Il ne faut pas oublier que cette gymnastique est applicable à des cas pathologiques, à des atrophies musculaires par exemple. Il faut donc provoquer uniquement des mouvements dans un groupe atrophié et ne pas disperser l'effort maximum du malade à mobiliser un groupe sain. Un aide a ce rôle important dans le système suédois ; dans la mécanothérapie ce gymnaste est remplacé par un agent mécanique. Il est aisé de comprendre que cette substitution permet de doser plus exactement la quantité d'effort imposé aux muscles et de mesurer avec précision l'étendue du mouvement. On évite ainsi les variations forcées de chaque individu. Ces notions étant posées, M. Lagrange explique l'arsenal de la mécanothérapie. Il y a trois groupes d'appareils : les actifs, qui sont mus par les muscles de l'individu, les passifs qui communiquent des mouvements, et enfin les appareils orthopédiques destinés à corriger des déviations. Dans les chapitres qui suivent l'auteur nous parle successivement des effets thérapeutiques de la méthode et des applications à chaque cas particulier. Un des attraits de cet ouvrage, qui pourrait à première vue sembler trop théorique (et il a plus de 400 pages) consiste dans le grand nombre de questions qui y sont traitées.

A côté de la partie technique, il y a une multitude de considérations physiologiques pathogéniques, et cliniques. La lecture du livre est au contraire facile et ces considérations y sont pour beaucoup. Il y a de plus beaucoup d'originalité dans ce traitement nouveau venu, et il serait utile que les praticiens en prissent connaissance J'avais déjà eu entre les mains quelques-uns des ouvrages précédents de M. Lagrange, et ma conviction était faite sur les résultats qu'on pouvait retirer dans beaucoup de cas de l'hygiène par l'exercice. Je ne suis pas moins convaincu maintenant des effets de la méthode curative de la mécanothérapie et de son application avec succès à certains cas pathologiques. Georges PAUL-BONCOUR.

Traité d'anatomie appliquée à la chirurgie; par le Pr TRÈVES. (Maloine, éditeur.)

Ce livre est une traduction française du manuel d'anatomie chirurgicale du Pr Trèves (de Londres), avec de nombreuses annotations faites par le traducteur, le Dr Lauwers.

Tous ceux qui ont eu la curiosité de jeter un regard dans nos livres classiques d'anatomie, ont certainement été frappés de la fréquence avec laquelle on y trouve le nom de l'auteur de ce traité, c'est qu'en effet, le Pr Trèves est incontestablement un des anatomistes les plus distingués de notre époque.

Cela suffisait pour pouvoir affirmer d'avance que son manuel d'anatomie chirurgicale ne peut être qu'un ouvrage intéressant; et cette idée ne fait que se confirmer à sa lecture; on y remarque une qualité particulièrement frappante et qui est d'ailleurs une qualité toute anglaise; c'est l'extrême concision avec laquelle l'auteur expose ses réflexions ; pas un mot ne saurait être supprimé; il n'y a rigoureusement que les mots, les phrases nécessaires pour permettre l'application pratique;

c'est, à vrai dire, la précision mathématique. Nous ne saurions que louer le traducteur d'avoir introduit dans le texte quelques annotations et surtout quelques figures prises dans le bon traité de Krause. X.

Tableaux synoptiques d'anatomie descriptive du Dr Boutigny. (Baillière, éditeur).

Ce livre fait partie de la collection des tableaux synoptiques, de mode aujourd'hui, et dans lesquels on voit, successivement exposées, l'anatomie, la pathologie interne, la pathologie externe, etc. Si nous ne voulons juger que le travail de l'auteur, certes, il ne mérite que des éloges; il n'appartient pas au premier venu de dresser, avec la netteté qui caractérise le Dr Boutigny, des tableaux synoptiques d'anatomie descriptive; nous dirons même que ces tableaux nous ont paru pour la plupart fort bien faits, avec beaucoup de clarté, avec beaucoup de conscience; mais nous devons faire une légère restriction : il nous semble que l'auteur de ces tableaux synoptiques, qui sont d'une utilité incontestable, devrait dans une bonne préface, dire aux élèves, que la lecture de ces résumés ne les dispense pas de la pratique; nous voudrions qu'il leur déclarât que ce livre n'est qu'un aide, mais qu'il y a un moyen supérieur d'apprendre son anatomie et qu'il ne faut pas négliger, c'est l'Ecole pratique; de même qu'il n'y a qu'un moyen de profiter des tableaux synoptiques de pathologie, c'est d'aller à l'hôpital. A part cette restriction, qui nous a paru nécessaire, le travail de M. Boutigny ne mérite que des éloges. X.

VARIA

Hommage à M. le Pr Terrier.

De nombreux médecins et chirurgiens, anciens internes ou élèves de M. Terrier, se sont réunis mardi, pour offrir au Pr Terrier une médaille commémorative de son séjour depuis 1883 à l hôpital Bichat.

Nous avons déjà annoncé que M. Terrier prenait à la fin de cette année le service de clinique chirurgicale de la Pitié.

M. Richelot, en sa qualité de plus ancien élève, a été chargé de lui remettre la médaille.

M. Terrier a rappelé comment il a pu faire de son service un des mieux organisés, grâce au dévouement non seulement de ses élèves, mais de son personnel de surveillantes et d'infirmières, grâce aussi à la générosité bien entendue du Conseil municipal.

On remarquait dans l'assistance : M. André Lefèvre, conseiller municipal, et M. le Pr Pinard; MM. Broca, Hartmann, Richelot, etc.

L'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France.

Mardi 21 novembre a eu lieu à l'hôtel des Sociétés savantes l'assemblée générale annuelle de l'Union des syndicats médicaux de France sous la présidence de M. le Dr Comby.

Les Syndicats médicaux de la Seine, de Versailles, de Pontoise, de la Vienne, de la Haute-Vienne. du Cher, de la Sarthe, de la Vendée, de Bar-sur-Aube, de la région suburbaine de Bordeaux, de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, des Ardennes, des Côtes du Nord, de l'Ille et Vilaine, etc., y étaient représentés. Après une allocution du président, M. Comby, le rapport du secrétaire général, M J. Noir, et le compte rendu financier du trésorier, M. Duchesne, l'assemblée a abordé les questions à l'ordre du jour.

La *loi sur les accidents du travail* a donné lieu à un intéressant rapport de M. Lande (de Bordeaux), qui a fait nettement ressortir les avantages d'un tarif unique pour toute la France et a fait adopter le tarif équitablement rénumérateur admis par les syndicats et les sociétés de la Gironde.

L'état de l'*assistance médicale gratuite*, en France à l'heure actuelle a été exposé par M. Millon (de Paris), dans un long et remarquable travail, qui nous permet de constater, qu'après plus de six ans d'existence, 28 de nos départements n'ont pas cherché à appliquer cette loi si hautement philanthropique et cela à cause de l'ignorance ou de la mauvaise volonté de leurs Conseils généraux.

M. Glover (de Paris) a donné d'intéressants détails sur le succès du *Congrès de médecine professionnelle de* 1900. Ce succès dépasse pour l'étranger toute prévision et il est à craindre que nos compatriotes n'y soient en infime minorité. M. Glover fait un appel pressant à l'amour propre national et invite les syndicats à faire une propagande des plus actives pour le congrès international.

M. Cellier a fait part à ses confrères des excellentes mesures qu'il a pu obtenir de la Commission des hôpitaux de Laval au sujet de l'admission des malades aisés. Un vœu a en outre été émis à propos de la délivrance des diplômes universitaires de *docteurs en pharmacie*. Sans discuter la légitimité du droit qu'ont les pharmaciens de rechercher les diplômes supérieurs, il serait à souhaiter qu'il ne leur fut pas permis à ces docteurs d'un nouveau genre, de faire précéder leur nom de ce titre sans spécifier son origine ; le mot docteur est devenu en France le synonyme de médecin et ce titre usité par les pharmaciens pourrait favoriser l'exercice illégal de la médecine par quelques personnes peu scrupuleuses.

Un banquet a réuni ensuite chez Marguery les délégués des Syndicats de province et les membres du Syndicat de la Seine sous la présidence de M. le Dr Chautemps, ancien ministre. Dans un éloquent discours M. le Dr Chautemps a exposé la *situation sociale du médecin à notre époque*. Le praticien a-t-il dit, n'est qu'un ouvrier puisqu'il vit de son seul travail et ne retire rien du labeur d'autrui Comme les ouvriers, il est soumis a cette dure loi économique que l'on appelle du nom pittoresque de loi d'airain, d'après laquelle le salaire est fatalement limité à la somme qui lui permet juste de ne pas mourir de faim et de donner à ses enfants une profession analogue à la sienne. La loi d'airain est tout particulièrement cruelle au praticien, car combien en est-il qui avec les seules ressources de leur travail pourraient faire faire à leurs enfants les coûteuses études qu'on exige pour le doctorat en médecine. Le médecin sans abandonner son rôle humanitaire, a le droit comme l'ouvrier de se coaliser pour résister aux exploitations qui s'organisent contre lui de tous côtés et les Syndicats médicaux sont une nécessité de l heure présente. De nombreux applaudissements ont salué le discours de M. Chautemps et les toats d'usage portés par MM. Comby, Lande, Lasalle, Cézilly, par Me Rocher au nom du Conseil judiciaire et J. Glover.

Le Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France est ainsi composé pour 1900 :

Président : M. Lande (Gironde). — *Vice-présidents* : MM. Le Baron (Seine); Cellier (Mayenne); Gairal (Ardennes); Lasalle (Gironde). — *Trésorier* : M. Duchesne (Seine). — *Secrétaire général* : M. J. Noir (Seine) — *Secrétaire général adjoint* : M. Millon (Seine). — *Secrétaires* : MM. H. Gourichon (Seine); Letilliâtre (Seine). — *Membres* MM Berthod (Seine); Blaizot (Loire-Inférieure); Codet (Côtes du Nord); Comby (Seine); Cousyn (Morbihan); de Font-Réaulx (Haute-Vienne) : de Fourmestreaux (Seine-et Oise); Girerd (Seine); L. Gourichon (Seine); Grasset (Hérault); de Grissac (Seine-et-Oise); Jamin (Seine); Jeanne (Seine-et-Oise); Ladevèze (Cher); Le Blond (Seine); Pouliot (Vienne) ; Mignen (Vendée) ; Salomon (Sarthe); Séailles (Seine) ; Villartay (Ille-et-Vilaine). J. N.

Les épidémies.

La Peste en Algérie.

Les nouvelles d'Algérie et le résultat de l'enquête de M. le Pr Chantemesse paraissent démontrer que s'il y a eu à Bougie et à Philippeville quelques cas douteux, bien faits pour inspirer les craintes du développement de la peste en Algérie, le danger est à l'heure actuelle complètement conjuré.

La Peste en Portugal. Nécessité de la Crémation.

Le Dr Pestana, revenant d'Oporto, atteint de peste à Lisbonne est mort récemment. Les journaux nous apprennent que le corps de M. Pestana a été enterré avec toutes les précautions, d'autres ajoutent que l'hôpital où il a été soigné sera peut-être brûlé.

On nous permettra de trouver étrange que les autorités por-

tugaises ne s'inspirent pas de l'exemple des autorités anglaises de Bombay et ne fassent pas procéder à l'incinération des cadavres des pestiférés. L'on ne sait combien de temps peuvent végéter dans le sol les microbes pesteux et rien ne prouve que même après de longues années, une exhumation ne réveille un nouveau foyer de contagion,

Le Choléra en Asie.

Du 1er au 15 octobre 1899, il y a eu à Bassorah 9 cas de choléra et 9 décès dus à cette maladie.

La Variole en Grèce.

Phalère est beaucoup plus sain que le Pirée où, sans parler d'autres maladies qui ne sont pas infectieuses, la variole sévit depuis plusieurs mois. De plus, et ce n'est pas là un mince avantage, l'eau de Phalère est agréable et salubre, et celle du Pirée est à peine potable. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

STATISTIQUE SCOLAIRE ANNUELLE.

Relevé numérique des étudiants en 1898-1899.

	Etudiants immatriculés, ou ayant pris au moins une inscription	Etudiants n'ayant pas pris d'inscription mais ayant subi au moins un examen.	Etudiants n'ayant accompli aucun acte scolaire mais dont les inscriptions ne sont pas périmées.	Nombre total d'étudiants.	Reçus aux grades ou partis en 1898-1899	Nombre d'étudiants restant à la fin de l'année scolaire 1898-1899 (6).
Doctorat 1re année	66	2	(1)83	151	8	143
Doctorat 2e —	131	18	93	242	(2)66	176
Doctorat 3e —	87	11	23	121	10	111
Doctorat 4e —	95	3	3	101	3	98
Doctorat 5e —	6	202	38	246	130	116
Officiat	6	1	12	19	6	13
Sages-femmes	(3)26	»	»	26	2	24
Chirurgiens-dentistes	(4) »	»	»	»	»	»
Pharmacie de 1re cl. 1re année	24	2	4	30	4	26
Pharmacie de 1re cl. 2e année	29	2	6	37	3	34
Pharmacie de 1re cl. 3e année	41	29	5	75	39	36
Pharmacie de 1re cl. Diplôme supérieur	1	2	4	7	2	5
Pharmacie de 1re cl. Doctorat de l'Université	1	»	»	1	1	»
Pharmacie 2e cl. 1re année	26	3	1	30	2	28
Pharmacie 2e cl. 2e —	20	3	10	33	1	32
Pharmacie 2e cl. 3e —	14	22	9	45	10	35
Herboristes	(5) 4	»	»	4	3	1
Totaux	577	300	291	1168	290	878

Inscriptions délivrées pendant 1898-1899.

Inscriptions trimestrielles (1969) : Doctorat (civils), 967 ; (marins), 404 ; Officiat, 14 ; Pharmacie (1re classe) (civils), 316, (marins), 24 ; (militaires), 12 ; Pharmacie (2e classe), 232.

Inscriptions cumulatives (408) : Médecine (élèves des écoles annexes de la marine, etc.), 328 ; Prises par les officiers de santé postulant le diplôme de docteur, 80.

(1) Dont la plupart, élèves des Ecoles annexes de la marine, vont entrer en 2e année.

(2) Dont un certain nombre d'élèves des Ecoles annexes de la marine non admis à l'Ecole principale de Bordeaux (élèves pourvus de 4 inscriptions partis pendant l'année scolaire.

(3) 26 sages-femmes immatriculées faisant leurs études à la Faculté (37 sages-femmes des Maternités sont en outre venues subir leurs examens à la Faculté).

(4) Pour mémoire, 8 aspirants dentistes ayant subi des examens à la Faculté.

(5) 4 herboristes immatriculés ayant fait leurs études à la Faculté (7 autres aspirantes sont venues de l'extérieur subir leurs examens à la Faculté).

(6) Défalcation faite : 1° des étudiants dont les inscriptions sont périmées ; 2° des étudiants dont les inscriptions sont validées par des examens, mais qui ont interrompu leur scolarité depuis plus de deux ans et n'ont pas manifesté l'intention de reprendre leurs études prochainement.

Examens de tous grades.

Examens de fin d'années (218) : Officiat, 1 ; Pharmacien de 1re classe, 110 ; Pharmacien de 2e classe, 63 ; Examen de validation de stage (1re classe), 17 ; Examen de validation de stage (2e classe), 27.

Examens probatoires (1556) : Doctorat (civils), 788 ; (marins), 397 ; Officiat, 8 ; Chirurgiens-dentistes, 23 ; Sages-femmes de 1re classe, 18 ; Sages-femmes de 2e classe, 36 ; Diplôme supérieur de pharmacien (1re classe), 2 ; Doctorat de l'Université (pharmacie), 1 ; Pharmaciens de 1re classe, 189 ; Pharmaciens de 2e classe, 83 ; Herboristes de 1re classe, 10 ; Herboristes de 2e classe, 1.

Nombre de thèses.

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1898-1899 : Doctorat, 111 ; Diplôme supérieur de pharmacie, 2 ; Doctorat de l'Université (pharmacie), 1.

Diplômes conférés.

Doctorat, 111 ; Officiat, 2 ; Chirurgiens-dentistes, 7 ; Sages-femmes de 1re classe, 7 ; Sages-femmes de 2e classe, 10 ; Diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe, 2 ; Diplôme de doctorat de l'Université (pharmacie), 1 ; Pharmacien de 1re classe, 38 ; Pharmacien de 2e classe, 10 ; Herboristes de 1re classe, 7 ; Herboristes de 2e classe, 1.

Renseignements statistiques sur la bibliothèque.

Nombre de lecteurs pendant l'année scolaire, 22.721 ; Nombre de volumes communiqués, 32.130 ; Nombre d'emprunteurs, 487 ; Nombre de volumes prêtés, 4.255.

Nombre de livres appartenant à la bibliothèque : au 1er octobre 1898, 24.312 ; au 1er octobre 1899, 20.681 ; Plus 75.058 brochures ou thèses formant 4.397 ; total 25.078.

La question de l'épandage.

Au Conseil municipal (séance du 13 novembre), M. Fortin ayant questionné le préfet de la Seine sur l'application intégrale du système du tout-à-l'égout, M. Bechmann, ingénieur en chef des eaux et de l'assainissement, en a profité pour parler de l'agitation qui se manifeste depuis quelque temps dans les localités où l'on a créé de nouveaux champs d'épandage :

« Nous avons, dit en substance M. Bechmann, mis en service, cet été, deux champs d'épuration. L'un, celui de Carrières-sous-Poissy-Triel ressemble, au point de vue topographique et géologique, à ceux de Gennevilliers et d'Achères. Le terrain nous était connu, nous avons pu faire immédiatement les drainages et huit jours après la mise en service, nous avons pu épurer 200.000 mètres cubes d'eau par jour sur 950 hectares, c'est-à-dire que les cultivateurs ont reçu nos eaux sans difficultés.

« L'autre champ est celui de Pierrelaye-Méry. Là, nous nous trouvions dans des conditions nouvelles : un vaste plateau, irrégulier, montueux, dont l'élévation varie de 30 à 60 mètres au-dessus du niveau de la Seine. On nous avait même prédit que nous rencontrerions des parties argileuses, des parties calcaires ; tont cela devait constituer un très mauvais filtre que l'eau, dans certaines parties, ne traverserait pas du tout et que, dans d'autres, elle traverserait comme un crible.

« Or, nous avons commencé l'irrigation le 27 mars et ce n'est que le 3 septembre que l'eau est apparue pour la première fois dans une des carrières ouvertes dans le calcaire. Nous pouvons en conclure que le filtrage est excellent, puisque le filtrage s'y produit et avec une remarquable lenteur. D'ailleurs, connaissant mal la constitution géologique du sol, nous ne pouvions d'avance savoir quelle direction prendraient les eaux. Nous ne pouvions donc pas établir les drains d'avance comme à Carrières, et il nous a fallu attendre pour cela de connaître les endroits où l'eau se présenterait. C'est seulement depuis quelques jours que l'eau est apparue à un niveau un peu supérieur à celui de l'Oise. Cela a provoqué dans les communes voisines une émotion que je comprends, mais qu'il suffira de quelques travaux bien entendus pour dissiper. Il y a là un mal momentané, auquel nous remédierons facilement si les populations s'y prêtent. »

M. Bechmann ajoute que l'eau des puits et des sources qui se ressentit un moment de l'épandage donne maintenant à l'analyse des résultats satisfaisants. La campagne entreprise, qui rappelle celle de Gennevilliers et d'Achères finira, dit-il,

comme elles, et bientôt les habitants de la vallée de l'Oise témoigneront leur satisfaction des résultats obtenus. (*Le Temps* du 15 novembre 1899).

Les bains populaires dans les grandes villes.

Les piscines municipales sont fort fréquentées par les Parisiens au grand bénéfice de l'hygiène et de la santé des ouvriers de la capitale.

Le *Bulletin municipal officiel* a publié la statistique de ces établissements pour le mois de juillet. A la piscine de l'avenue Ledru-Rollin, il y a eu 36.725 entrées d'hommes, parmi lesquels 779 se sont contentés de prendre des douches seules, 34.989 hommes ont profité des douches et de la piscine; 579 garçons des écoles ont pris des douches et se sont plongés dans l'eau de la piscine; enfin il y a eu 11 douches et 367 douches et piscine pour les militaires. Dans le même établissement, il y a eu 963 entrées de femmes, dont 37 douches et 926 douches et piscine. 41 hommes et 69 femmes y ont pris des leçons de natation. A la piscine de la place Hébert, il y a eu 32.280 entrées d'hommes, soit 5.493 douches seules. 26.401 douches et piscine; 180 douches et piscine pour les garçons des écoles; 24 douches seules et 92 douches et piscine pour les militaires. Il y a eu aussi, à cette piscine, 1.335 entrées de femmes, dont 945 douches seules et 390 douches et piscine. 24 hommes et 26 femmes y ont pris des leçons de natation.

L'*Aurore* du 17 octobre rappelle que le Conseil municipal a voté la création de nouvelles piscines, notamment au treizième et au quinzième arrondissement. L'eau des puits artésiens qui existent dans ces arrondissements alimentera ces établissements.

Les administrations municipales de toutes les villes de France ne sont pas aussi soucieuses de la santé et de l'hygiène que le Conseil municipal de Paris, car nous lisons dans le *Petit Var* du 27 octobre :

« Dans la séance du 25 octobre 1899, le Conseil municipal de Toulon examine, après une douzaine de renvois, la demande de création de bains populaires (0 fr. 20) au Mourillon, lieu dit la Source. L'affaire ne figure pas au feuilleton. Une pétition favorable qui est couverte de signatures circule. Qu'importe. Sur l'avis de l'ingénieur des Ponts et Chaussées, la demande est rejetée. Il n'est pas impossible que cette affaire de bains revienne bientôt sur l'eau. »

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi à 5 heures, au laboratoire. — *Objet du cours* : Sources de l'électricité médicale. Technique générale du maniement des appareils. Electrodiagnostic. Rôle de l'électricité médicale dans les maladies du système nerveux. Electrothérapie gynécologique. Le nombre des places étant limité, MM. les étudiants en médecine et docteurs sont priés de s'inscrire au Laboratoire, les mardis, jeudis et samedis, de 2 heures à 4 h.

Conférence d'Internat. — MM. le Dr MILIAN, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, et A. SCHWARTZ, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine, ont commencé dans les premiers jours de novembre, à l'Amphithéâtre Cruveilhier, de l'Ecole pratique, une conférence d'Internat dont le nombre des élèves sera limité. — Le prix d'inscription est de 30 francs — Se faire inscrire chez M. le Dr Milian, 36, boulevard Saint-Germain, les mardi, jeudi, samedi, de 3 à 6 heures.

Conférences de Déontologie médicale. — MM. P. LE GENDRE et LEPAGE : Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Dernière conférence le lundi 27 novembre, à 9 heures du soir. Ne seront admis que les étudiants en médecine sur la présentation de leur carte.

Maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx. — M. le Dr P. AYSAGUER, à sa clinique, 21, rue de Sèvres, procédera à l'examen des malades les mardi, jeudi et samedi à 4 heures.

Conférences pratiques — Le Dr René BELIN a commencé le jeudi 23 novembre, à 5 heures, une série de conférences pratiques sur l'*instrumentation chirurgicale*, les *appareils et les bandages* à la maison Ambroise-Paré, 115, rue de Rome, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. La série comprendra douze conférences.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères (Cours libre autorisé par le Conseil de l'Université de Paris), — M. Gustave LOISEL, docteur en Médecine et docteur ès sciences commencera ce cours le vendredi 8 décembre à cinq heures un quart, rue de l'Estrapade n° 18, et le continuera les vendredis suivants à la même heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 nov. au samedi 18 nov. 1899, les naissances ont été au nombre de 1038 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 389, illégitimes, 164. Total, 553. — *Sexe féminin* : légitimes, 349, illégitimes, 134. Total, 483.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 12 nov. au samedi 18 nov. 1899, les décès ont été au nombre de 813, savoir : 450 hommes et 363 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 11. T. 18. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 0. F. 3, T. 3. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 0, F. 0, T. 0. — Diphtérie. Croup : M. 3, F. 1, T. 4. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 133, F. 69. T. 202. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 4, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 28, T. 49. — Méningite simple : M. 12, F. 10, T. 22. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 20, F. 18, T. 38. — Paralysie, M. 3. F. 6, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 4, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 15, F. 34, T. 49. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 5, T. 11. — Bronchite chronique : M. 9, F. 10, T. 19. — Broncho-pneumonie : M. 20, F. 11, T. 31. — Pneumonie : M. 12, F. 10, T. 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 18, T. 38. — Gastro-entérite, biberon : M. 12, F. 6, T. 18. — Gastro-entérite, sein : M. 0, F. 1. T. 1. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 0, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T 0. — Débilité congénitale : M. 12, F. 9, T. 21. — Sénilité : M. 10, F. 14, T. 24. — Suicides : M. 8, F. 8, T. 16. — Autres morts violentes : M. 13, F. 4, T. 17. — Autres causes de mort : M. 73, F. 61, T. 134. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 1, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 8. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 11. Total : 33.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Enseignement complémentaire, Démonstrations cliniques et pratiques.* — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, professeur : M. DIEULAFOY. — Séméiologie. MM. les Drs Kahn et Appert. chefs de clinique : le mercredi et le samedi, à 4 h. 1/2. — Anatomie pathologique et bactériologie. — MM. les Drs Jolly et Gandy, chefs de laboratoire : le jeudi, après la visite. — Laryngologie, rhinologie, otologie. M. le Dr Bonnier : le mardi, après la visite. — Electrothérapie, radioscopie. M. le Dr Lacaille : le vendredi, après la visite. — Dermatologie. M le Dr Dehu : le lundi, après la visite. — Les élèves qui désirent suivre ces cours, sont priés de se faire inscrire, en s'adressant aux chefs de clinique.

LIGUE NATIONALE CONTRE L'ALCOOLISME. — La séance solennelle de distribution de récompenses de la Ligue nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) aura lieu le dimanche 26 novembre, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. Emile Cheysson, Inspecteur général des Ponts et Chaussées, dans la Salle des conférences de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. — *Ordre du jour* : Discours de M. Emile Cheysson. Compte-rendu annuel par M. le Dr Emile Philbert, secrétaire général. *Un ennemi national*, conférence par M. le Dr Jacquet médecin des hôpitaux. Proclamation des lauréats.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — L'assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, aura lieu le dimanche 26 courant, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine. — *Ordre du jour* : 1° Lecture du procès-verbal de la dernière assemblée générale ; 2° Allocution du président ; 3° Admission des nouveaux membres ; 4° Rapport du secrétaire général ; 5° Compte-rendu du trésorier ; 6° Election des membres du conseil d'administration ; 7° Propositions diverses : Changement du siège social, etc.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de Botanique.* (Organographie et physiologie végétale.) — M. Ph. VAN TIEGHEM, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le samedi 2 décembre 1899, à 9 heures du matin, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, à la même heure. Après avoir résumé d'abord les caractères communs à tous les êtres vivants qui font l'objet de la Biologie générale, puis les caractères propres des plantes qui sont le sujet de la Botanique générale, le professeur exposera la morphologie, la physiologie et la classification des champignons, en insistant sur les espèces communes, utiles ou nuisibles. Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques et auront lieu au Laboratoire de botanique, rue de Buffon, n° 61.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — Un concours s'ouvrira le 14 mai 1900 devant l'École préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Amiens pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à la dite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

HOMMAGE AU Dr MIDRIN. — L'inauguration du buste du Dr MIDRIN, ancien maire de Sèvres et vice-président du comité Gambettiste a eu lieu dimanche 19 novembre.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Nous sommes heureux d'annoncer que notre distingué confrère, M. le Dr PIETTE, conseiller général de le Seine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole d'application du service de santé militaire* (7e direction, hôpitaux). — Ce concours s'ouvrira le 18 décembre prochain, à 8 heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine aux emplois de médecins stagiaires. Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° Etre nés ou naturalisés Français; 2° avoir eu moins de 26 ans au 1er janvier 1899 ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de 2e classe au moins; 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de 2e classe.

SANATORIUM (HÔPITAL MARITIME) DE SAINT-POL-SUR-MER (NORD). — *Internat.* — Une place d'interne est actuellement vacante au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer (Nord). Les conditions d'admission sont les suivantes : 1° avoir au moins seize inscriptions dans une Faculté de Médecine; 2° présenter une copie certifiée de l'acte de naissance et produire un certificat de bonne vie et mœurs. L'interne sera nommé pour un an à partir du 1er décembre 1899, avec faculté de prorogation par la Commission administrative du sanatorium pendant deux autres années. Il recevra en plus des avantages en nature (logement, nourriture, éclairage et chauffage), un traitement de 800 francs la première année, de 900 francs s'il est maintenu la seconde et de 1.000 francs la troisième. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Secrétaire de la Faculté. Les demandes, avec pièces à l'appui, devront être adressées avant le 25 novembre, à M. le Président du Conseil d'Administration du sanatorium, à Saint-Pol-sur-Mer (Nord).

TYPHUS OU FIÈVRE TYPHOÏDE. — Les journaux politiques annoncent qu'à Loebtau, près de Dresde, 120 cas de typhus viennent d'être officiellement constatés. Il y a eu 12 décès. Une enquête a fait découvrir que l'aqueduc de Wœlfnitz, qui fournit d'eau une partie de Loebtau, était contaminé. Il a été fermé immédiatement. Il est plus probable que l'on se trouve plutôt en présence de la fièvre typhoïde qui porte en Allemagne le nom de *typhus abdominal* que du typhus véritable ou typhus exanthématique, vu que l'eau infectée est l'élément de propagation ordinaire de la fièvre typhoïde.

MARIAGE D'UN MÉDECIN CENTENAIRE. — On raconte que le Dr Charles Smith, qui exerçait autrefois la médecine à New-York et qui habite maintenant Atlantic City (New-Jersey), s'est marié en cette ville, au commencement du mois dernier, avec une toute jeune fille, Mlle Saille May. Or, d'après ses propres déclarations, le Dr Smith atteint l'age patriarcal de cent vingt-trois ans. Son père, Henry Smith, a vécu plus de cent vingt ans, ainsi que son grand-père. Il est né près le Cairo (Illinois), mais il est allé en Allemagne à l'âge de 3 ans, où il a fait ses études à l'Université d'Iéna; sa vie a été très accidentée. (*Le Temps,* du 9 novembre 1899.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de : M. Dr OUTIN, médecin de la compagnie française des Chemins de fer de Santa-Fé (République-Argentine). M. le Dr ROUGE, de Saint-Loubès (Gironde). M. le Dr MAINCOURT, de Rue (Somme).

POSTE DE MÉDECIN VACANT. — A prendre immédiatement excellente situation pour un médecin. Pays composé de gens riches et bons payeurs, 8.000 habitants. Foires tous les mois; marchés hebdomadaires. Logements superbes à prix modérés Pour tous renseignements, s'adresser aux Bureaux du Journal.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies du système nerveux.* — M. GILLES DE LA TOURETTE, agrégé, suppléant M. le Pr Raymond, les mardis et vendredis à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. — Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

ASILE DE VILLEJUIF (Tramway Chatelet-Villejuif). — Service de M. TOULOUSE. — Le mercredi à 9 h. 1/2 visite du service. Conférences cliniques au lit des malades.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL reprendra ses conférences cliniques le samedi 2 décembre à 1 h. 1/2 et les continuera les samedis de chaque semaine à la même heure. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU reprendra ses leçons, dans la salle des conférences, le dimanche 26 novembre, à 9 heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements,* M. le Dr MAYGRIER, chef de service. — Enseignement des stagiaires. Visite tous les matins 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le mardi. Lundi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçon clinique à l'amphithéâtre. Le samedi, à 11 heures, conférence de M. le Dr Blondel chef du laboratoire. M. le Dr Maygrier commencera ces leçons cliniques le jeudi 7 décembre 1899, à 10 heures et demie, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

LA
MORT PAR LA DÉCAPITATION
PAR
Le Dr Paul LOYE

Volume in-8 de XI-285 p. — Prix : 5 fr. Pour nos abonnés : 3 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 48. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 2 DÉCEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE MÉDICALE

De quelques accidents nerveux observés au cours du petit Brightisme;

Par le Dr MAURICE DE FLEURY, ancien interne des hôpitaux.

Depuis que M. le Pr Dieulafoy, dans une série de communications à l'Académie et de leçons cliniques, a attiré l'attention sur les symptômes frustes et le diagnostic précoce du mal de Bright, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs malades dont l'histoire vient à l'appui de ses conclusions.

De même qu'il y a une période préataxique du tabes, de même il y a, sinon exactement une période préalbuminurique du brightisme, du moins une phase initiale, au cours de laquelle les malades, n'ayant encore que peu ou pas d'albumine, présentent cependant des signes importants d'intoxication.

Voici quatre observations de petit Brightisme dans lesquelles on verra les troubles cérébraux prendre une importance tout à fait hors de proportion avec la dose d'albumine révélée par de nombreuses analyses.

OBSERVATION I (Personnelle).

Homme de 66 ans. Troubles de la motilité; embarras de la parole; léger degré de confusion mentale; artério-sclérose d'intensité moyenne; de 0,10 à 0,60 d'albumine; guérison par le régime lacté; reprise des symptômes par la cessation du régime.

Au mois de juillet 1898, M. Charles J..., notaire, ayant eu beaucoup à travailler, croit s'apercevoir que ses forces diminuent en même temps que ses facultés intellectuelles. Comme il reçoit beaucoup de monde à son étude, il ressent, vers la fin du jour, une grande lassitude dans les jambes, au point que le soir après dîner, il s'étend ou se couche, au lieu de faire la promenade dont il avait coutume. Mais ce qui l'alarme le plus, c'est qu'il trouve ses idées moins nettes et sa mémoire moins précise, surtout sa mémoire des mots. En même temps il éprouve une difficulté dans l'articulation verbale, il lui semble que sa langue est lourde et sa parole paresseuse. En m'expliquant cela il a, en effet, le verbe trainant, comme empâté; certaines syllabes sont bredouillées plutôt que prononcées et souvent le malade cherche ses mots, les mots les plus usuels, sans les trouver; ou bien encore il les trouve, mais au bout d'un temps assez long après une hésitation dont l'interlocuteur ne peut manquer d'être frappé. Sa façon de parler rappelle d'assez loin celle du paralytique général. Cependant M. J... n'a pas d'autres symptômes de paralysie générale. Pas de syphilis antérieure. Les réactions pupillaires sont normales, etc., etc.

M. J... n'est pas non plus alcoolique. Il mène une vie large, sa table est copieusement servie, matin et soir il mange de grand appétit, boit de l'eau rougie à ses repas, parfois un verre de vieux Bourgogne ou de Champagne, jamais de liqueurs ni d'eau-de-vie.

Depuis qu'il se sent faible, il a tendance à abuser du café et des préparations toniques à la kola. Aussi ressent-il de temps à autre de l'angoisse rétrosternale, et, presque quotidiennement des palpitations de cœur accompagnées d'intermittences; souvent dans la journée il se tâte le pouls et il lui arrive de compter une intermittence toutes les vingt ou trente pulsations environ.

Le cœur, que j'ausculte soigneusement, ne donne aucun signe de lésion organique; seul le second temps, à l'orifice aortique, est plus sonore qu'à l'état normal. Pour un homme de 66 ans, les artères ne sont pas trop athéromateuses; en somme degré moyen d'artério et de cardio-sclérose.

Sous l'influence de cet état général du système circulatoire, et certainement aussi de l'usage prolongé des toniques du cœur, la tension artérielle est extrêmement haute, elle dépasse 25 centimètres de mercure. En revanche la pression dynamométrique est médiocre : la main droite donne 38 kilog. et la main gauche 38 ou 39. Le malade affirme qu'il est un peu plus faible de ses membres du côté droit, et qu'il ressent dans les deux bras et les deux jambes, mais plus à droite qu'à gauche, des fourmillements et des engourdissements quelquefois très pénibles.

M. Charles J..., que je soigne depuis longtemps, est légèrement goutteux. Ses intermittences et ses palpitations de cœur me paraissent être d'origine réflexe (stomacale) et correspondent bien à la description qu'en a donné M. Huchard. Je prescris au malade un régime alimentaire qui se rapproche beaucoup du régime sec, viandes blanches grillées et rôties en quantité modérée, œufs, poissons légers, purées de légumes secs et de légumes verts, crêmes cuites et compotes peu sucrées. Eaux minérales alcalines, pas de vin ni d'alcool, une seule tasse de café par jour; j'insiste sur la suppression des vins toniques et des préparations de kola.

Ce faisant, j'espérais bien débarrasser mon malade de ses palpitations, de ses intermittences, de ses angoisses rétrosternales et de ses troubles digestifs (ballonnement après les repas), la constipation étant combattue par des laxatifs quotidiens, fréquemment variés.

Mais je restais quelque peu tourmenté à la pensée de ces

fourmillements, de cette baisse de la force dans les membres du côté droit, de ces troubles de la parole qui, d'ailleurs, augmentaient ou diminuaient d'une demi-journée à l'autre, selon que le malade était plus ou moins fatigué ou plus ou moins congestionné. Une analyse d'urine faite dans la semaine qui suivit cette première consultation, ne révéla pas la présence de l'albumine, mais simplement un assez fort excès d'acide urique. Les troubles du langage et l'hémiparésie droite, me firent penser à ces cas d'hémiplégie lentement progressive, qu'a décrits M. Brissaud.

Dans les premiers jours du mois d'août, mon malade quitta Paris pour s'installer à la campagne, et pendant quelques temps il se trouva fort bien du régime alimentaire auquel je l'avais soumis. Il y gagna très nettement la suppression de ses palpitations et de ses intermittences cardiaques, le dégonflement de son ventre, en même temps qu'un certain degré d'amaigrissement (M. J..., qui est de taille moyenne, pesait avant son traitement 89 kilog.); en outre la tension artérielle s'abaissa légèrement pour se maintenir aux environs de 20 à 21 centim. de mercure. En même temps les jambes étaient revenues plus alertes, les idées plus claires et plus vives, et il semblait que, pour employer l'expression même du malade, sa parole se dérouillait. Je n'ai pas pu noter la mesure de ses forces au dynamomètre mais il semblait au jugé que la main droite avait repris à peu près toute sa vigueur normale. Les fourmillements et les crampes, sans disparaître complètement, avaient diminué dans une bonne proportion.

Malheureusement M. J..., au bout de quelques jours d'amélioration, eut le tort de se croire guéri. Il s'empressa d'abandonner son régime et se remit à boire du vin tantôt pur et tantôt coupé d'eau.

Aussi une rechute ne tarda-t-elle pas à se produire, Pendant quelques journées très chaudes du mois de septembre, mon malade fut extrêmement fatigué. Il fut pris, non pas cette fois de palpitations et d'intermittences, mais d'étouffements; sans que ses jambes fussent enflées, elles étaient d'une paresse invraisemblable et avaient peine à le porter , en même temps réapparaissait un peu de confusion mentale, et l'articulation verbale s'altérait de nouveau.

Un jour par un temps lourd (il y eut le soir même un violent orage), M. J..., resta près de deux heures complètement privé de la parole. Au grand effarement de son entourage il fit signe qu'il ne pouvait parler, s'empara d'un crayon, et d'une main faible et très maladroite écrivit qu'il se sentait perdu et qu'il demandait à me voir.

Quand j'arrivai le soir, la tension électrique de l'air s'était résolue en orage et en pluie diluvienne. Je trouvai le malade très soulagé, ayant recouvré l'usage de la parole et dînant comme de coutume.

Une analyse d'urine qui fut faite quelques jours après, révéla la présence d'une petite quantité d'albumine (0,30 cg.) les analyses répétées de huit jours en huit jours révélèrent des doses oscillant de 0,10 à 0,80 cg.; jamais plus. De temps à autre quelques cylindres hyaliens; pas de cylindres granuleux.

En somme, Brightisme insignifiant par la quantité d'albumine et par la lésion anatomique du rein, ne s'accompagnant ni d'œdème, ni d'autres phénomènes classiques d'urémie, et donnant lieu pourtant à des troubles nerveux allant jusqu'à la parésie des quatre membres avec prédominance à droite, confusion mentale et troubles du langage pouvant aller jusqu'à la complète aphasie.

La présence de l'albumine avait singulièrement éclairé mon diagnostic, que le traitement confirma d'ailleurs avec éclat. Il ne pouvait s'agir, en effet, d'hémiplégie progressive, mais simplement de troubles fonctionnels essentiellement diffus dans toute l'écorce cérébrale, un peu prédominants dans l'hémisphère gauche, et dus évidemment à l'intoxication brightique.

Mon malade comprit bientôt la nécessité de se soumettre au régime lacté. Il usa alternativement du régime lacté intégral et du régime lacto-végétarien. Il y gagna de vivre pendant six mois, un peu faible sans doute, mais infiniment plus maître de son intelligence et de sa parole. Les membres du côté droit ont repris leur prédominance sur ceux du côté gauche, et le trouble du langage a disparu complètement.

Comme il arrive souvent en pareil cas, le malade au bout de quelque temps, s'est fatigué du régime lacté; tout en se surmenant dans l'exercice de sa profession, il s'est remis à manger à sa guise. Presque aussitôt, tous les symptômes énumérés plus haut sont revenus, surtout la faiblesse des jambes, la confusion mentale et la paraphasie.

C'est le mot qui me paraît convenir aux troubles du langage qu'il m'a été donné d'observer chez M. Charles J...

Il n'avait point, véritablement, l'aphasie motrice bien qu'il semblât que son appareil d'articulation verbale, fut hésitant et si j'ose dire encrassé. Il lui arrivait fréquemment de substituer un mot à un autre, puis de se reprendre et de trouver la juste expression. La fonction vraiment paralysée en lui, c'était le pouvoir d'évocation des mots. Pour parler anatomiquement, ses neurônes d'association (Pitres et Flechsig), intoxiqués par le mal de Bright, fonctionnaient sans liberté, et il en résultait une véritable maladie de la mémoire des mots, et, à l'intensité près, une de ces aphasies amnésiques, récemment observées et classées par M. le Pr A. Pitres.

Observation II (Personnelle).

Femme de 45 ans. — Traces non constantes d'albumine. — Ebauche du délire des persécutions. — Retour à la santé sous l'influence du régime lacté et de la pilocarpine.

Mme S.-E. H..., âgée de 45 ans, est une américaine de New-York. Elle a toujours été nerveuse, comme sa mère; mais, pas plus qu'elle, elle n'a présenté de signes de névrose précise. Elle s'est en somme assez bien portée jusqu'en 1889. A cette époque, elle a eu de très grands chagrins qui se sont prolongés et renouvelés depuis avec de rares intervalles de repos. Obligée de lutter incessamment, et l'esprit constamment tendu sur des affaires difficiles et compliquées, Mme S.-E. H..., n'a cessé que récemment de donner des preuves d'une vaillance toute virile. Elle avoue sans détour avoir cherché dans une nourriture très substantielle et dans des boissons passablement alcoolisées un peu d'énergie supplémentaire, aussi a-t-elle le teint enluminé et l'œil d'un luisant tout a fait caractéristique.

Elle me fait appeler pour des douleurs assez singulières. Elle est prise la nuit surtout de démangeaisons extrêmement vives à la vulve; il lui paraît en même temps que la muqueuse vaginale, la muqueuse intestinale, de même que sa langue et sa bouche, sont le siège d'une brûlure, d'une irritation intenses; sa peau, qui est très sèche (Mme S..., ne transpire jamais), est prise, aux mêmes heures, de picotements très pénibles. Réveillée vers le milieu de la nuit par ces sensations diverses, Mme S..., les sent croître jusqu'à l'angoisse, bientôt si vive qu'il lui faut se lever, appeler sa femme de chambre qui couche tout exprès dans la chambre voisine, et respirer de l'éther, ce qui finit par la calmer. D'ordinaire elle ne se rendort qu'au petit jour, après trois ou quatre heures d'insomnie et de véritables phobies. En effet, pendant ces crises elle est constamment sous le coup de cette peur de mourir dont parlent si éloquemment tous ceux qui ont connu l'angine de poitrine.

Au lendemain de ces nuits là, Mme S... est brisée de fatigue, elle somnole à peu près toute la matinée, puis déjeune de fort bon appétit et sans aucune modération; après quoi sa face se congestionne, sa respiration, très gênée par le gonflement de l'épigastre, s'accélère jusqu'à la dyspnée. Et, elle passe presque toute sa journée dans sa chambre, la tête vide, sans mémoire, à peu près indifférente à tout, ou bien s'inquiétant des moindres choses et s'en désolant jusqu'aux larmes.

Par instants ses idées lui semblent tellement troubles, qu'elle

a peur de devenir folle, surtout dans ces moments où le sang lui monte à la tête en poussées violentes. Mme S... qui a conscience de son état à peu près tout le temps, délire cependant un peu sur un point spécial.

Depuis que ses organes génitaux externes sont le siège de ces démangeaisons et de ces picotements accompagnés d'angoisse, ils ont perdu, presque totalement, leur sensibilité physiologique. Les approches de son mari, contrairement à ce qui se passait naguère, ne lui causent point de plaisir : et dans ce fait nouveau la malade a trouvé prétexte à une véritable conception délirante. Elle s'est dit que son mari, qu'elle sait être épris d'une autre femme, a obtenu au moyen de poisons cette anesthésie locale, de manière à être débarrassé du devoir conjugal. Elle déclare que c'est là une tentative criminelle, mais ne va pas cependant, jusqu'à dire que son mari a formé dessein de la tuer.

Or, il s'agit là simplement soit d'une anesthésie névropathique (la malade n'a aucun des stigmates de l'hystérie), soit, bien plutôt, de phénomènes d'intoxication de nature brightique, comme on le verra par la suite.

Après avoir prescrit à la malade un premier traitement (injections vaginales très chaudes et très abondantes, applications d'acide picrique sur la région vulvaire dont la muqueuse est rouge, préparations calmantes pour la nuit, régime sobre, lait coupé d'eaux minérales alcalines, je fais pratiquer, avec soin l'analyse des urines au double point de vue de la constitution chimique et de la toxicité.

Cette analyse peut se résumer comme suit :

Augmentation d'ensemble de tous les éléments minéraux ; 31 grammes d'urée en 24 heures ; la proportion d'acide urique dépasse de beaucoup la normale ; un peu d'indican ; traces non dosables d'albumine, La quantité émise en 24 heures, atteint à peine 800 grammes ; or, la malade ne transpire jamais. Quant à la toxicité des urines, très soigneusement mesurée au Laboratoire de MM. Hérisson et Masselin, elle est à peu près au quart de la normale (207 c.c. par kilogr. de lapin).

La suppression de l'alcool et les grands lavages locaux commencèrent très nettement à améliorer les démangeaisons angoissantes dont souffrait Mme S..., et, du même coup, l'état mental qui les accompagnait. Au bout de deux ou trois jours, la malade recommençait à dormir un peu mieux et ses journées étaient également un peu plus calmes. Sa tension artérielle, très haute pendant les premiers jours, semblait baisser un peu. La quantité d'urine s'élevait de 800 à 1.000 ou 1.100 grammes. Mais là s'arrêta l'amélioration. La faiblesse des jambes, le manque de mémoire, l'impossibilité de fixer son attention, de lire un journal ou d'écrire une lettre ne se modifièrent que peu ou pas. A ce moment, Mme S... se voit dans un état de déchéance profonde ; elle dit et redit que personne ne l'aime, se fait d'amers reproches pour des fautes imaginaires, ou tout au moins qu'elle grossit beaucoup ; et elle me reparle encore de la haine que son mari lui a vouée ; elle revient incessamment sur le crime qu'il a commis en tarissant en elle, au moyen d'anesthésiques mélangés à une pommade, toute source de volupté.

Devant la persistance de cet état, en dépit d'une seconde analyse d'urine qui ne révèle plus de traces d'albumine, j'insiste pour que la malade s'asservisse au régime lacté intégral, soit deux litres et demi de lait environ par 24 heures.

Pendant 18 jours, Mme S... a suivi ce régime auquel elle a simplement ajouté, pendant la dernière semaine, quelques crêmes cuites et quelques compotes peu sucrées. En peu de jours, la quantité d'urine émise en 24 heures a dépassé 2.000 grammes ; en même temps, ce qui restait de démangeaisons a disparu complètement, le sommeil a repris son cours, les scrupules de conscience et les idées de persécution ont perdu de leur intensité, ont pour ainsi dire pâli et peu à peu se sont tout à fait effacés de l'esprit.

Fait intéressant à noter, le soupçon d'empoisonnement local qui constituait son idée fixe au plus mauvais moment de sa maladie (c'est-à-dire à l'époque où sa toxicité urinaire était minime) s'est évanoui plusieurs jours avant le retour de la sensibilité spéciale aux organes génitaux ; cette sensibilité est revenue normale à son tour en même temps que se dissipaient les dernières sensations de brûlure et de picotements accompagnés d'angoisse.

Il semble donc que l'idée délirante fut, non pas sous la dépendance immédiate de l'anesthésie vulvo-vaginale, mais bien plutôt sous la dépendance de l'intoxication brightique. Et je ne crois pas qu'il s'agisse d'une idée fixe chez une hystérique banale, mais bien plutôt d'un trouble mental par intoxication des centres nerveux.

Etant donné que la malade avait 45 ans et commençait à n'être plus exactement réglée, je me suis, bien entendu, demandé s'il ne s'agissait pas de troubles mentaux liés à la ménopause. Mais il est arrivé que sous l'influence de l'hygiène et du traitement qu'elle suivit, Mme H. E. S..., vit ses règles reparaître comme devant. D'ailleurs, c'est manifestement au régime lacté et aux divers moyens d'élimination employés au cours du traitement que la malade a dû de retrouver l'intégrité de son intelligence, de sa mémoire et de son attention.

Au bout de 18 jours, la malade abandonna le régime lacté intégral pour le régime lacto-végétarien. L'amélioration persista. Je restai une dizaine de jours sans la voir, après quoi elle me redemanda, pour me signaler une légère reprise de démangeaisons à la peau, et un retour de cette sensation de brûlure interne qu'elle éprouvait du haut en bas du tube digestif. Je pratiquai alors, à 48 heures d'intervalle, deux injections de pilocarpine : elles provoquèrent, outre une diurèse et une salivation abondantes, une assez forte transpiration, telle que la malade n'avait pas eu depuis des années.

A dater de la seconde injection, on peut dire que la presque totalité des symptômes physiques et mentaux a disparu. La malade est restée bien portante pendant un séjour d'un mois qu'elle a fait dans un petit village Suisse, a 1.100 mètres d'altitude ou elle n'a bu que du lait.

Rentrée à Paris, elle a cru pouvoir reprendre son existence d'autre fois, s'affranchir de tout régime alimentaire, boire du vin de Champagne et des breuvages américains. Une rechute n'a pas tardé à se produire, plus grave que la première atteinte.

Cette observation me paraît intéressante en ce sens qu'un véritable état délirant (scrupules et idées de persécution), parait s'être développé, chez un sujet héréditairement prédisposé, et épuisé par les tourments, sous l'influence manifeste de l'intoxication Brightique. Le régime lacté et les injections de pilocarpine, en favorisant l'élimination par l'urine et la peau, ont amené la disparition du désordre psychique. Le délire et les symptômes physiques (démangeaisons à la peau, sensation de brûlure à la vulve et angoisses) ont reparu peu de temps après que la malade s'est remise à manger comme tout le monde, et à boire de l'alcool.

Les méfaits de l'ancien directeur de l'asile de Vincennes. — Le 25 octobre a été jugée devant le tribunal correctionnel du Havre une affaire d'escroquerie dans laquelle se trouve compromis M. Léon Marchessous, actuellement en fuite, directeur révoqué ces temps derniers, des asiles de Vincennes et de Vacassy, à Saint-Maurice. Il y a plusieurs mois, MM. Desgénétais frères, manufacturiers à Bolbec, recevaient de M. Marchessous la commande de deux cents pièces de cotonnade destinées aux asiles mentionnés ci-dessus et dont le total représentait le chiffre de 7,200 francs. La commande était faite sur papier ayant comme entête les mentions suivantes : « Ministère de l'Intérieur. Asiles nationaux de Vincennes et de Vacassy. Cabinet du directeur, Saint-Maurice. » MM. Desgénétais expédièrent les deux cents pièces d'étoffes commandées, puis, comme il était convenu, ils lancèrent une traite de 7,200 francs, payable à trente jours. Cette traite revint protestée. MM. Desgénétais, fort surpris, s'informèrent et apprirent que les marchandises étaient arrivées à la gare de Charenton, où M. Marchessous en avait pris possession ; mais, au lieu de faire rentrer les deux cents pièces de cotonnade dans les asiles qu'il dirigeait, il se les était appropriées et vendues à son profit. M. Marchessou a été condamné à deux ans d'emprisonnement. (*Le Temps*).

OPHTALMOLOGIE

Iritis bilatérale d'origine palustre ;

Par **Alphonse PÉCHIN.**

Dans les affections dites inflammatoires du tractus uvéal aiguës ou chroniques, nous savons maintenant que la donnée étiologique se dégage souvent de l'étude des infections, que celles-ci soient endogènes ou exogènes. Si elle ne s'en dégage pas toujours, c'est que ces infections sont multiples et que beaucoup échappent encore aux recherches contemporaines. Et c'est parce que nous sommes entrés dans cette voie d'investigation que le cadre autrefois restreint des iritis dues à la syphilis, la blennorrhagie, la goutte, le rhumatisme et les accidents sympathiques, s'est élargi pour comprendre l'iritis consécutive aux infections des sinus de la face, aux iritis liées aux maladies générales d'origine infectieuse, aux iritis provenant d'une infection dont la porte d'entrée est variable : pharynx, utérus, organes génito-urinaires et gastro-intestinaux, iritis métastatique par infection pneumococcique ou autres, et enfin une série d'iritis dont la liste s'allongera au fur et à mesure que les problèmes si complexes de nutrition générale recevront leur solution.

L'intérêt de l'observation que je vais vous rapporter réside dans la localisation du processus paludéen dans le segment antérieur du tractus uvéal, alors que le plus souvent il siège dans la partie postérieure, avançant plus ou moins vers l'*ora serrata*, et dans la forme analogue que ce processus a revêtue dans les deux yeux, chaque œil ayant été atteint l'un après l'autre par deux attaques de fièvre palustre survenues à plusieurs années d'intervalle. Voici l'observation :

Observation. — La nommée Adèle F..., âgée de 48 ans, entre le 4 janvier 1899 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Littré, n° 7, dans le service de M. le Pr Brissaud, qui voulut bien me confier l'examen oculaire.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts l'un à 77 ans et l'autre à 50 ans tous deux d'affection pulmonaire, sur la nature de laquelle on ne peut être exactement renseigné. Une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole dans le très jeune âge. Fluxion de poitrine (?) à 2 ans 1/2. Fièvre typhoïde à 9 ans, forme très grave. Fièvre scarlatine quelque temps après. Variole à 10 ans 1/2 ; pas de cicatrices persistantes. Réglée à 13 ans. Pas mariée; pas d'enfants ni fausse couche. Ménopause depuis 5 ans. En 1870, à 19 ans, dans son pays natal, le Poitou, la malade eut des fièvres intermittentes. L'état paludéen ne dura que quelques mois et cessa après l'emploi du quinquina et du sulfate de quinine.

Avant le traitement la malade était arrivée à un état de cachexie avancé dont elle se remit assez bien. Pendant le cours des premiers accès qui revêtirent la forme tierce, l'œil droit est devenu rouge, douloureux ; ces phénomènes inflammatoires durèrent 3 jours et la malade dit formellement qu'auparavant elle n'avait jamais eu mal aux yeux et que sa vue était excellente. 5 ou 6 ans plus tard nouvelle attaque de paludisme. Pendant 13 jours elle fut gravement malade, le médecin qui la soignait déclara qu'il s'agissait de fièvre pernicieuse; l'état paludéen dura d'août en mai suivant (8 mois). Comme dans la précédente attaque, dès les premières semaines (la malade ne peut préciser davantage) des phénomènes oculaires apparurent, et cette fois ce fut l'œil gauche qui devint rouge, congestionné et douloureux pendant plusieurs jours. Bronchite il y a 2 ans. Actuellement emphysème pulmonaire, bronchite chronique sans bacillose manifeste, mais probable. Etat intestinal : alternatives de diarrhée et de constipation ; la langue n'est pas saburrale. Etat fébrile persistant, la température vacille autour de 38°. Foie de volume normal. La rate est nettement accessible à la percussion, non à la palpation.

Examen des yeux. — ODV = 1/2 ; OGV = 2/3 diff. Il y a *apparence* de myosis à droite et *apparence* de mydriase à gauche. A droite, des synéchies totales immobilisent l'iris sur la cristalloïde antérieure et empêchent les réflexes iriens de se produire. L'atropine est sans effet sur cet iris. A gauche le processus phlegmasique a été moins intense, les synéchies se sont rompues et ont laissé sur la cristalloïde une trace indélébile de leur existence. La forme est caractéristique, on voit une petite circonférence très régulière, composée de petits points, et, tout autour de cette circonférence, des stries rayonnées. A un degré d'acuité près, l'iritis gauche aurait pu se terminer par des lésions identiques à celles qui existent à droite. C'est à cette particularité qu'est due cette inégalité pupillaire, *étrangère par conséquent à tout processus névropathique cérébral. A l'image droite une exploration attentive du fond de l'œil n'y découvre pas la moindre lésion,* et j'insiste tout particulièrement sur l'aspect normal de la papille et de la chorio-rétine. Le champ visuel a ses limites ordinaires ; le sens des couleurs n'est pas altéré.

Si vous voulez bien vous rappeler la concordance d'apparition qui a existé entre la première attaque de fièvre paludéenne en 1870 et les phénomènes oculaires à droite d'une part, et d'autre part la même concordance entre les phénomènes oculaires à gauche et la seconde attaque, il est difficile de ne pas admettre que les accidents oculaires ne sont pas d'origine palustre.

Je sais bien que les antécédents pathologiques de cette malade sont très chargés, mais néanmoins je ne vois pas que pour asseoir mon diagnostic je doive discuter longuement la question du diagnostic différentiel. L'affection pulmonaire des parents et l'état de la malade elle-même chez laquelle je relève, dès l'âge de 2 ans et demi, des accidents pulmonaires peu caractérisés, il est vrai, mais qui réapparurent il y a 2 ans pour persister jusqu'à l'heure actuelle sous forme d'emphysème et de bronchite chronique très probablement tuberculeuse, sont-ils suffisants pour faire penser à l'iritis tuberculeuse ? Certainement non, car ce n'est ni la marche ni l'aspect clinique de la tuberculose irienne. Je passe sur la rougeole, sur la fièvre typhoïde, sur la fièvre scarlatine et enfin sur la variole, dont la malade fut atteinte successivement dans le jeune âge. La variole, la dernière en date de ces affections, eut lieu à l'âge de 10 ans 1/2, et ce n'est qu'à l'âge de 19 ans qu'apparurent les accidents oculaires dont il est ici question. Il est intéressant de noter que l'état intestinal est mauvais et qu'il peut y avoir là une source d'infection endogène, mais cela ne peut prévaloir contre les raisons qui m'ont fait d'emblée admettre mon diagnostic d'iritis d'origine palustre. J'en dirai tout autant de la possibilité d'une iritis métritique, car il n'y a rien de pathologique à relever dans la vie génitale de la malade : elle n'est pas mariée, n'a pas eu d'enfants ni de fausse-couche, les règles ont toujours été normales.

Les complications oculaires de la malaria sont connues depuis longtemps, ainsi que l'attestent les travaux de Puccinotti (1820), de Colin (1838), de Mongellas (1839), et depuis cette époque de nombreuses observations ont été rapportées. Il s'agit toujours d'amblyopie et d'amaurose, de névrite et d'atrophie optiques, de rétinite albuminurique dans les formes graves de la malaria, d'artérite rétinienne, d'embolie de l'artère centrale de la rétine, d'hémorragies rétiniennes et surtout de chorio-rétinite. Mais les observations analogues à celle-ci doivent-être assez rares, car je n'en ai pas trouvé mention dans les nombreuses publications qui ont paru sur la matière, et c'est à ce titre de rareté que j'ai cru devoir vous la communiquer.

On pourra objecter que l'absence de lésions ophtal-

moscopiques ne signifie pas nécessairement qu'il n'y a pas d'altérations chorio-rétiniennes et que celles-ci sont au contraire la règle, ainsi que l'a démontré Poncet (de Cluny). A l'ophtalmoscope on constate des lésions chez un nombre restreint de malades et au contraire, au microscope, les altérations chorio-rétiniennes sont, je le répète, la règle. Mais chez ces malades *la vision a subi une diminution qui est proportionnelle aux lésions chorio-rétiniennes*. Il se passe alors le même phénomène que dans la rétinite pigmentaire sans pigment. Leber et Poncet nous ont appris, en effet, que dans ces cas, on trouve du pigment jusque dans la couche de ce qu'on appelait autrefois les grains internes et qui est maintenant la couche des neuromes visuels périphériques (cellules bipolaires). Le pigment ne dépasse pas cette couche et ne se laisse pas surprendre par l'ophtalmoscope, mais à défaut de pigment comme signature de la maladie, il y a l'héméralopie, le rétrécissement du champ visuel, l'atrophie optique avec une coloration jaune ou rose uniforme. Or, chez ma malade, les lésions ophtalmoscopiques *font défaut* et l'acuité visuelle a subi une diminution plutôt légère et qu'expliquent très-bien les synéchies totales à droite et les traces de synéchies anciennes à gauche et en tout cas *nullement en rapport avec des lésions chorio-rétiniennes*. Il y aurait une diminution plus notable de cette acuité si elle eût été sous la dépendance de lésions chorio-rétiniennes, lésions graves puisqu'elles auraient retenti jusqu'à l'iris.

Je me crois donc fondé à admettre chez cette malade une iritis bilatérale d'origine palustre, survenue à droite lors d'une première attaque de fièvre intermittente, et à gauche 5 ou 6 ans plus tard, lors d'une seconde attaque : iritis ayant déterminé à droite une sclérose pupillaire et à gauche une inflammation irienne légère avec traces de synéchies postérieures totales, synéchies qui se sont rompues spontanément; cette iritis constituant *la seule localisation oculaire du processus paludéen* qui a laissé intact le fond de l'œil, comme si les plasmodies ou leurs toxines avaient parcouru, sans s'y arrêter, les artères ciliaires longues et les ciliaires antérieures pour venir se cantonner dans les plus fins rameaux iriens. Et cette dernière localisation dans les capillaires serait conforme aux recherches de Thin. (*Société royale de médecine et de chirurgie de Londres*, 25 février 1896.) D'après cet auteur les gros vaisseaux peuvent renfermer peu ou point de parasites de la malaria, tandis que souvent les capillaires en sont bourrés. Et j'ajoute en terminant qu'étant donné la marche et l'aspect clinique de la maladie, il y aurait lieu de la désigner plutôt sous le nom d'uvéite irienne de Grandclément que sous celui d'iritis. On sait, en effet, que notre honorable confrère de Lyon établit une distinction entre l'iritis vraie ou inflammation du tissu irien et l'uvéite irienne lorsque la phlegmasie n'atteint que sa couche pigmentaire postérieure. Or, dans le cas actuel, c'est précisément cette couche pigmentaire qui semble avoir été particulièrement atteinte.

Le service médical de la Cour de Russie. — Si jamais l'empereur de Russie venait à être malade, c'est que, décidément, il y aura mis de l'acharnement. Aucun souverain au monde n'a autant de médecins à son service. Ils sont vingt-huit, et tous choisis parmi les célébrités médicales de la Russie. Il y a d'abord un médecin en chef. Puis, dix médecins honoraires. Trois chirurgiens; quatre chirurgiens honoraires. Un accoucheur; deux accoucheurs honoraires. Deux oculistes, un pédicure, un « pédicure honoraire ». Deux médecins de la cour et un dentiste. Avec ça, n'est-ce pas, on peut être tranquille. (Le *Journal*.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine : M. le Pr Hayem.

Dans sa leçon d'ouverture, M. le Pr Hayem s'est attaché à montrer l'importance des maladies de l'estomac et leur retentissement sur le reste de l'organisme. Il commence par un cours historique de la question en indiquant que Beau faisait de la dyspepsie qu'il considérait comme un trouble fonctionnel, la clef de voûte de toute la pathologie. La doctrine de Beau était une œuvre d'imagination contenant une part de vérité. En effet, si à la doctrine de Beau on ajoute la notion de la toxicité du sang, on se trouve en présence de la *doctrine humorale moderne*, rattachant les désordres à la résorption des substances toxiques gastro-intestinales (Bouchard). Par opposition à la doctrine humorale, la *doctrine des solidistes* rattache la dyspepsie à la neurasthénie (Beard). Cette doctrine a été brillamment soutenue par Charcot. Il est évident que les névroses, que la neurasthénie ont des manifestations gastriques, mais lorsqu'on cherche l'étiologie on trouve que le plus souvent ce sont des affections secondaires à des troubles gastro-intestinaux qui doivent être incriminées.

Ensuite M. le Pr Hayem expose, que l'influence des troubles gastriques sur l'organisme relève vraisemblablement de mécanismes différents. Il a mis en évidence les conséquences éloignées des troubles gastriques et il a rangé les différentes déterminations anatomocliniques dans les groupes suivants :

Propagation directe à l'intestin, facile à comprendre, l'histoire des périgastrites en est un exemple. Les lésions se propagent à l'intestin soit de proche en proche, soit par un chyme altéré. Pas de lésion stomacale sans duodénite. Dans nos climats en général les affections de l'intestin sont consécutives aux affections gastriques.

Infections secondaires. La digestion stomacale doit s'accomplir de façon à réduire au minimum le nombre et la virulence des germes (rôle de HCl); la muqueuse par la régénération des cellules doit être capable de résister à la pénétration de ces germes; si elle ne l'est pas, il peut se produire des poussées d'infection gastrique (embarras gastrique), ulcères infectieux, peut-être le cancer, si c'est une affection parasitaire. Le professeur admet que les troubles de la digestion favorisent les gastro-entérites, la fièvre typhoïde, le choléra et l'appendicite, l'ictère infectieux, l'angiocholite, la cholélithiase; les cirrhoses, les pancréatites infectieuses.

Action purement mécanique. Cardiopathies avec asystolie. La chute de l'estomac entraîne la courbe en V du côlon (constipation mécanique).

Auto-intoxication. Elle est indiscutable. Bouchard fait jouer un rôle prépondérant à la stase gastrique; en cas de sténose il y a résorption et accidents toxiques, mais il est difficile d'admettre le même processus en cas de dilatation simple. On a incriminé les produits normaux (acide butyrique, succinique, etc., leucine, phénol, crésol). L'Ecole de Bouchard a surtout invoqué les ptomaïnes, toxines, toxalbumines. Les effets de l'auto-intoxication sont nombreux :

a) Effets nerveux. Crises avec vomissements périodiques (Leyden). Crises de tabes. Tétanie, vertige stomacal. Névroses, psychoses chroniques.

b) Effets sur la peau (acné, séborrhée).

c) Certaines altérations hépatiques, rénales, mal de Bright.

Voies réflexes. Attaques éclamptiques.

Pour Potain, les gastropathies sont déterminées par la

voie réflexe d'après Kussmaul, les étourdissements, vertiges, angoisses, agoraphobie, claustrophobie, bouffées de chaleur, névralgies diverses, phénomènes de catalepsie seraient d'origine réflexe. Nous retrouvons ici une partie des phénomènes attribués par d'autres à l'auto-intoxication. Il est difficile de préciser la cause réelle.

Troubles nutritifs quantitatifs et qualitatifs. Les mauvaises digestions peuvent agir sur la nutrition par influence directe sur les cellules. Lorsque l'estomac est lésé il en résulte une atrophie cellulaire progressive, amaigrissement, faiblesse. Les modifications qualitatives nous échappent.

M. Hayem termine en annonçant que dans les leçons du samedi, il s'occupera plus particulièrement de la pathologie gastrique, tandis que le mardi, il continuera comme par le passé, à présenter des malades de clinique générale, entrés la veille dans le service. Le jeudi, conférence par M. Thiercelin, chef de clinique.

Le nouveau bâtiment de la clinique médicale a été inauguré l'année dernière. A côté du vieux pavillon Moïana beaucoup trop exigu pour le développement des travaux chimiques microscopiques exigés par la clinique moderne, et relié à lui par des couloirs et un ascenseur; on a construit des laboratoires et un amphithéâtre de cours. En outre une porte particulière est affectée au service de la clinique au n° 49 du boulevard Diderot.

Le nouveau bâtiment comprend : *au rez-de-chaussée* : 1° un amphithéâtre de cours qui occupe toute la hauteur avec chambre de projection pour les leçons.

2° Une salle consacrée à l'électricité : examen des malades, radiographie, électrothérapie avec tous les perfectionnements modernes. Elle est confiée aux soins de M. le Dr Ravet.

3° Un laboratoire de chimie sous la direction de M. Winter, il est composé de trois pièces et on y étudie la chimie générale appliquée à la clinique.

4° Le cabinet du chef de service; on y voit rangés des collections anatomo pathologiques prêtes pour l'examen microscopique.

Au 1er étage : 1° Le laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie. Cinq pièces : Bactériologie, histologie, cabinet du chef de laboratoire, Dr Bensaude; salle de dessin, photographie.

2° Une salle affectée à la laryngoscopie et à l'ophtalmoscopie. Ici encore ont été installés tous les instruments nécessaires à ces examens spéciaux, confiés aux Drs Paul Tissier et Dreyer-Dufer. Le professeur se trouve ainsi à même d'avoir avec tous les éléments de diagnostic l'observation complète des malades de la clinique. C'est dans cette salle que M. Dreyer-Dufer fait tous les lundis une conférence, avec présentation des malades, sur les rapports des maladies des yeux avec les maladies générales.

Au sous-sol : 1° Les accumulateurs pour l'électrothérapie; 2° une salle pour conserver les animaux, avec cages; 3° une glacière pour les pièces anatomiques; 4° une salle de réserve pour les pièces; 5° une salle pour certaines opérations chimiques (évaporation de produits éthérés, chauffage à haute température) : 6° atelier de menuiserie et serrurerie.

Au service est annexé un laboratoire de chimie, spécial pour les examens cliniques (suc gastrique, urines, liquides organiques), sous la direction de M. Carrion. R. D. D.

Clinique des maladies nerveuses : M. le Dr Gilles de la Tourette, agrégé.

M. Gilles de la Tourette, professeur agrégé, a commencé le cours de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière le 24 novembre, à 10 heures. Il remercie son maître le Pr Raymond, qui l'a désigné pour le suppléer, pendant ce semestre, dans la chaire magistrale dont l'éloigne momentanément la maladie. A la Salpêtrière, M. Gilles de la Tourette fut l'interne et le chef de clinique de Charcot; avant tout, son enseignement s'inspirera de la méthode du maître, en dégageant, sans esprit dogmatique d'aucune sorte, les types cliniques, tels qu'ils résultent de l'observation patiente des symptômes et des lésions. C'est rendre hommage à la mémoire de Charcot que de commencer les leçons par un sujet qui lui était particulièrement cher : l'hystérie.

M. Gilles de la Tourette fait l'historique des recherches consacrées à l'état mental des hystériques. De nombreuses citations, surtout empruntées aux médecins aliénistes, montrent quelle conception erronée les premiers auteurs avaient de cet état mental, eux qui considéraient l'hystérique, avant tout, comme une menteuse. Les travaux de l'école de la Salpêtrière ont éclairé le problème, en prouvant que le fond du tempérament psychique des hystériques est une suggestibilité poussée à l'extrême. Cette suggestibilité extraordinaire est à la base de tous les symptômes mentaux qui se rencontrent, si nombreux et si polymorphes, dans la grande névrose. En particulier, elle fournit la pathogénie exacte de l'anorexie hystérique. Cette affection, encore si mal connue des médecins non spécialistes, fait tomber la malade dans un état de maigreur vraiment effrayant, comme en témoignent de très-suggestives photographies projetées sur l'écran et représentant des malades du service. Le médecin aura toujours raison de ce grave symptôme, s'il sait en reconnaître à temps la véritable pathogénie. Il devra, suivant la méthode préconisée par Charcot, exiger l'isolement absolu de la malade; alors celle-ci, désormais soustraite à son milieu habituel et soumise à une volonté étrangère retrouvera vite ses fonctions gastriques normales et, avec elles, l'embonpoint et les forces

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 novembre 1899.

Effets d'une alimentation pauvre en chlorures sur le traitement de l'épilepsie par le bromure de sodium.

MM. Richet et Toulouse. — On sait que la médication bromurée très efficace contre les accès d'épilepsie, entraine à la longue une intoxication bromique due aux fortes doses (8 et 15 grammes par jour) qu'il faut administrer pour faire cesser les crises.

MM. Richet et Toulouse ont pensé qu'en privant l'organisme de sels alcalins alimentaires, on devait le rendre plus sensible à l'action des sels alcalins thérapeutiques. Des essais institués sur 30 femmes épileptiques, soumises à un régime pauvre en chlorures, ont pleinement confirmé cette hypothèse. Chez ces malades, des doses quotidiennes de 2 grammes de bromure ont fait, parfois en moins d'une semaine, disparaître les accès épileptiques, quelle qu'eût été leur fréquence avant le traitement. Dans les cas exceptionnels où, sous l'influence de la médication, les crises convulsives avaient fait place à des vertiges, il a suffi de porter la dose de bromure de 3 à 4 grammes par jour pour voir également disparaître ces manifestations atténuées du mal comitial. Certaines patientes traitées de la sorte n'ont

présenté ni accès, ni vertige depuis plus de six mois, mais dès qu'on leur a fait reprendre le régime alimentaire ordinaire, les crises ont réapparu, bien que la médication bromurée ne fut pas suspendue. Le régime spécial dont il s'agit n'exerce aucune influence nocive ; toutefois il importe de tenir compte que le bromure de sodium, étant dans ces conditions beaucoup plus actif ; des accidents de bromisme peuvent se produire, même à la dose, relativement faible, de 4 grammes par jour. De plus, il est prudent de ne pas cesser brusquement le régime, de crainte qu'il ne survienne, au moment de son interruption, des accès fréquents, pouvant dégénérer en état de mal.

MM. Richet et Toulouse, croient que la méthode en question — qui consiste, à mettre les cellules nerveuses en état de demi-inanition chlorurique pour les rendre plus aptes à assimiler certaines substances médicamenteuses, et qu'ils proposent d'appeler *méthode métathrophique* — est applicable non seulement aux maladies dans lesquelles on administre des sels alcalins, mais peut-être aussi aux affections traitées par d'autres médicaments (quinine, digitaline, atropine).

Des éléments de diagnostic et de pronostic fournis par la cryoscopie des urines.

MM. Claude et Balthazard adressent, sur ce sujet, une note que l'on peut résumer ainsi :

Dans les états morbides ou la perméabilité rénale est diminuée, le nombre relatif des molécules élaborées qui passent dans un c.c. d'urine, multiplié par le volume d'urine rendue en 24 heures et considéré dans ses rapports avec le poids de l'individu, est sensiblement différent de celui qu'on obtient à l'état normal. Dans les néphrites aiguës, l'élimination des molécules achlorées est très diminuée pendant la période où la lésion rénale est à son maximum (congestion, œdème, glomérulo-tubulite aiguë) ; la terminaison de la maladie est annoncée par une élévation progressive du taux de ces molécules. Les applications de la cryoscopie à l'étude des urines semblent fournir des renseignements utiles sur le fonctionnement des reins et, lorsque ces organes paraissent sains, on peut en tirer des notions intéressantes sur la nutrition en général.

Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 novembre 1899. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

MM. Couvelaire et Crouzon ont pu, dans le service de du Dr P. Marie, étudier le voile du palais chez un homme présentant une large brèche oculo-nasale, à la suite d'une opération faite en 1886, par M. Campenon, pour épithélioma. Ils ont observé que :

1° Le voile du palais présente des mouvements passifs peu accentués qui consistent en un léger redressement pendant l'inspiration bouche fermée.

2° Le voile du palais présente des mouvements actifs associés à des mouvements synergiques des parois pharyngées qui réalisent l'occlusion du naso-pharynx ; ces mouvements consistent en : *a*) un relèvement du voile qui peut n'atteindre qu'à peine l'horizontale (occlusion incomplète) ou la dépasser franchement (occlusion complète) ; *b*) une projection de la partie postérieure du pharynx allant s'accoler au bord libre du voile ; la ligne médiane postérieure et le bord supérieur du pharynx restant fixes ; *c*) un plissement du repli pharyngo-salpingien formant un véritable pilier postérieur et supérieur du voile.

3° Ces mouvements déterminent, suivant leur amplitude, l'occlusion complète ou incomplète du naso-pharynx. L'occlusion est complète dans la déglutition, la succion, l'effort et le sifflement. Elle est incomplète dans la toux, variable dans la phonation.

4° Dans la phonation : *a*) pour les voyelles, l'occlusion augmente de A à E ; de E à O et à U ; de U à I ; *b*) pour les consonnes, l'occlusion varie suivant la voyelle associée ; *c*) pour les consonnes M et N, ces mouvements d'occlusion sont peu accentués.

M. Marinesco. — Jusqu'à ces derniers temps, dans la *pellagre*, c'est surtout les lésions de la substance blanche qui ont été étudiées ; celles de la substance grise ont passé inaperçues. M. Marinesco a étudié cette substance chez trois sujets atteints de démence pellagreuse. On peut dire que toute la substance grise de l'axe cérébro-spinal est altérée dans la pellagre accompagnée de troubles mentaux. Les circonvolutions cérébrales présentent des altérations cellulaires qui se ressemblent, mais varient d'intensité. Les cellules *somatochromes* sont plus altérées que les *cariochromes*. Les grandes cellules de Betz sont déformées, comme forme et comme volume ; elles sont plus grandes, arrondies, globuleuses ; la marche de leurs prolongements est diminuée. Pour la substance chromatique, elle est altérée, car il y a chromatolyse partielle, produite par la dissolution des éléments chromatiques ; tantôt le corps de la cellule, dépourvu de substances chromatiques, est pâle et révèle l'achromatose. Si la dissolution est incomplète, les éléments chromatophiles se présentent tantôt sous forme de filaments ondulés, concentriques, orientés autrement qu'à l'état normal ; tantôt sous forme de corpuscules arrondis ou de granulations inégales. L'achromatose est fréquente dans les cellules en voie d'atrophie ; le noyau est souvent déplacé ; s'il est centré, il est entouré d'une atmosphère chromatique. Les cellules des noyaux bulbaires ou de la moelle sont altérées de façon analogue. Toutes les cellules de la substance grise présentent de la chromatolyse, de la chromatose, de l'atrophie plus ou moins marquée du corps cellulaire et de ses prolongements. Les altérations de la substance grise sont plus accusées que celles de la substance blanche. Il semble que le poison a une action directe et élective sur le corps cellulaire et les prolongements protoplasmiques de la substance grise.

M. Marage étudie la formation de la voix qui a deux origines : la vibration de l'air dans le larynx, le transport de l'air dans les régions supralaryngiennes. Au moyen de moulages complets de la bouche obtenus pendant l'émission du son, l'auteur démontre que les ventricules de Morgagni et les cordes vocales supérieures donnent le timbre spécial à chaque consonne ; la cavité buccale suffit à former la voyelle. Il pourrait être utile de montrer ces moulages aux sourds-muets pour leur enseigner la position exacte des organes, et leur apprendre à imiter les formes de la cavité buccale.

MM. Charrin et Levaditi ont déjà démontré que les cellules du myocarde peuvent passer dans les vaisseaux, et s'y déplacer à la manière des embolies. L'importance et la nouveauté de ces données les ont fait rechercher ailleurs ; les cellules hépatiques, celles du revêtement biliaire, peuvent jouer ce rôle ; leur passage dans le sang se trouve facilité par la dislocation de l'organe. On ne peut penser qu'il s'agit de déplacement produit par le rasoir. On conçoit les déductions anatomo-pathologiques, greffe de cancer au cours des opérations, malheureusement, en expérience, les émulsions de foie, de rein etc. introduites dans le sang disparaissent promptement.

M. P. Carnot a obtenu, par injection intra-pulmonaire de toxine pneumococcique chez le lapin, la production d'une pneumonie fibrineuse bien caractérisée par de l'hépatisation rouge et l'abondance de la réaction fibrineuse dans les alvéoles. Dans certains cas le processus réactionnel est moins fibrineux et plus hématique ; on obtient des foyers durs, noirs, où les alvéoles sont pleines de sang et rappellent l'apoplexie pulmonaire. Enfin si le processus est leucocytaire, on obtient des petits abcès pneumococciques ou des zônes d'hépatisation grise.

MM. Sabrazès, de Batz et Brengues (de Bordeaux) ont étudié les inoculations dans la paroi abdominale des *actinomyces farcinicus* Nocard) qui provoquent la mort en 10 à 12 jours.

MM. Sabrazès et Brengues ont étudié des agents agglutinants, et n'en ont pas trouvé qui agglutinent le bacille d'Eberth et qui puissent influer sur le sérodiagnostic.

M. Féré a signalé la facilité de certaines poules à pro-

duire des œufs a deux jaunes, propriété qui semble héréditaire.

M. Raphael Dubois étudie les effets de l'électricité chez les végétaux.

M. R. Dubois explique le mode de progression de certaines chenilles processionnaires.

M. Anglos fait le détail des fibres musculaires chez les insectes.

M. Manuotel étudie l'anatomie des cestodes. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 novembre 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Traitement de la tuberculose expérimentale par l'alimentation carnée.

MM. Richet et Héricourt ont étudié la résistance des chiens à l'inoculation intra-veineuse de culture tuberculeuse, l'animal étant tantôt laissé à la mère, tantôt largement alimenté avec de la viande. La mort en un mois est la règle dans le premier cas. Dans le second cas, la survie est beaucoup plus longue et peut même être indéfinie.

M. Richet suppose que l'imprégnation des cellules organiques par les ptomaïnes carnées les rend réfractaires à l'égard des toxines tuberculeuses. Il oppose à ce fait un fait inverse qu'il a observé avec M. Ed. Toulouse. En donnant du bromure à des épileptiques il suffit de supprimer les chlorures de l'alimentation pour augmenter dans des proportions considérables l'action du médicament. Ces faits expérimentaux sont d'ailleurs en rapport avec les faits cliniques relatifs à la suralimentation carnée et avec les travaux de M. Debove sur les poudres de viande.

M. Laborde rappelle que la suralimentation par le beurre donne elle aussi aux tuberculeux une résistance remarquable.

M. Brouardel fait observer que dans les expériences de M. Richet la suralimentation commençait aussitôt après l'infection. Chez l'homme elle n'intervient que plus tardivement en pleine évolution tuberculeuse.

M. Ch. Richet répond que de nouvelles expériences se placeront précisément dans la condition signalée par M. Brouardel.

M. A. Gauthier rappelle l'utilité du cacodylate de soude pour faire tolérer la suralimentation carnée.

Prophylaxie de la syphilis par le traitement.

M. Hallopeau dans la lutte contre la propagation *a masculo* de la syphilis recommande les mesures suivantes : Avis que doit donner le médecin à tout individu qui vient le consulter pour une maladie vénérienne relativement aux dangers de sa transmission à d'autres ; impression d'un avertissement semblable en tête des feuilles de consultation ; affichage dans les endroits publics d'un avis ainsi conçu : « Toute personne atteinte d'une maladie contagieuse est expressément invitée à s'abstenir de contacts de nature à la propager»; l'ablation du chancre chaque fois qu'elle est praticable et la cautérisation des plaques muqueuses avec le nitrate acide de mercure ; création des consultations pour les vénériens dans tous les hôpitaux et bureaux de bienfaisance, il faut que l'ouvrier en gagnant son atelier ou en en sortant puisse s'y rendre facilement; leur service peut être assuré par le personnel médical attaché à ces établissements; on pourra le compléter par la création de nouvelles places d'assistants spécialisés — ces consultations doivent être réservées aux indigents sous peine d'un préjudice considérable pour le corps médical. L'examen isolé des malades est impraticable puisqu'il doit être fait nécessairement en présence d'un public médical souvent nombreux; il n'est pas d'ailleurs réclamé par les intéressés. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1899. — Présidence de M. Troisier.

Les injections sous-cutanées de calomel

M. Danlos considère l'emploi du calomel en injections souscutanées comme ne donnant que fort exceptionnellement des accidents, il faut tenir compte des idiosyncrasies et le cas signalé dans la dernière séance par M. Gaucher, doit être une idiosyncrasie. Il pense que la méthode des injections de calomel est une méthode que l'on n'emploie que fort rarement, mais elle a donné d'excellents et d'indiscutables résultats.

M. Gaucher trouve que le calomel est un très mauvais médicament à cause de son insolubilité et parce qu'il est impossible de savoir dans quelles conditions le calomel sera absorbé. M. Gaucher considère à l'heure actuelle l'usage systématique du calomel en injection comme condamnable.

Anévrisme de la crosse de l'aorte.

M. Rendu lit au nom de M. Cochez (d'Alger), l'observation d'un soldat paludéen, syphilitique, qui fut pris de crises anxieuses, de cornage, de dysphonie et d'oppresion. A l'examen on constata une voussure, de la matité à gauche, un souffle intense, de la paralysie de la corde vocale gauche, de l'inégalité pupillaire; en somme, les signes d'un anévrisme de l'aorte. Le malade mourut et à l'autopsie l'on put constater un énorme anévrisme de la crosse aortique. M. Cochez ne fait pas jouer un rôle pathogène important à la malaria, car, malgré l'opinion de M. Lancereaux, il y a un fait, c'est la rareté de l'anévrisme en Algérie où les accidents paludéens sont si fréquents.

Hémorragie méningée avec signe de Kernig.

MM. Widal et Mercklen rapportent le cas d'un malade atteint d'hémorragie méningée avec signe de Kernig. Le malade, employé de bureau, syphilitique depuis sept ans, fut pris d'une attaque d'aploplexie, il revint à lui, n'eut ni paralysie, ni contractures, mais une céphalalgie intense et le signe de Kernig très accentué, il ne pouvait s'asseoir les jambes étendues. Le malade mourut et à l'autopsie on constata un caillot remplissant tout le sac sous-arachnoïdien inférieur et gagnant le canal médullaire. L'hémorragie provenait de l'artère spinale postérieure.

M. Widal pense comme M. Dieulafoy qu'il est nécessaire que la lésion méningitique s'étende aux méninges spinales pour qu'on y constate le signe de Kernig.

M Rendu demande si le malade n'avait par les pupilles dilatées. Il a vu jadis un cas d'hémorragie méningée; le sujet était très pâle, avait les pupilles dilatées et de l'opistothonos.

M. Widal répond que son malade avait les pupilles un peu dilatées, de la raideur de la nuque mais pas de pâleur.

M. Guinon a fréquemment constaté le signe de Kernig dans la méningite tuberculeuse.

La pleurésie multiloculaire et polymorphe.

M. Galliard a observé dans une même cavité pleurale des collections séreuses et des collections purulentes. Les cloisonnements ne sont pas très rares dans les cas de pleurésie avec épanchement. Il y a un assez grand nombre de pleurésies récidivantes qui sont multiloculaires. D'autres sont tardivement multiloculaires La purulence peut être la conséquence d'une infection de la plèvre à la suite d'une ponction malpropre, ou elle peut être le résultat du voisinage d'un foyer purulent; certaines loges de la pleurésie multiloculaire peuvent être seules infectées et donner lieu à un empyème. Le diagnostic de ces pleurésies polymorphes est difficile et ne peut se faire que par plusieurs ponctions exploratrices. Le pronostic est grave et le traitement doit toujours être chirurgical. J. N.

L'Esprit du voisin. — *Incinération.* — Dans la famille Dufourneau : « Mon garçon, je te laisserai toute ma fortune, sauf une petite somme pour payer les frais de mon *incinération.* — Rien de plus juste, mon oncle,... *la part du feu!* » (*L'Aurore*, 13 novembre 1899.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 novembre 1899.—Présidence de M. Richelot.

Traitement de la coxalgie infantile.

M. Kirmisson est partisan de la conservation dans son sens le plus large et pour les mêmes arguments qu'il a déjà donnés il y a deux ans : Les enfants ne sont pas aussi pressés de quitter l'hôpital que l'adulte ; chez les enfants il y a une tendance très marquée à la réparation des lésions; la diffusion de la tuberculose est beaucoup moins à craindre chez les enfants, à part cependant la méningite tuberculeuse. Mais il faut intervenir à temps, quand les abcès sont encore profonds, mais déjà formés, nettement fluctuants; l'injection d'éther iodoformé donne alors des résultats très satisfaisants. Même lorsqu'il y a des abcès et des fistules on peut amener la cicatrisation. Depuis deux ans, M. Kirmisson a traité 142 cas de tuberculose articulaire et il ne compte que 7 morts, dont 5 pour coxalgie. Pour ce qui est de la valeur curative de la résection M. Kirmisson pense qu'i' n'est pas possible de faire une cure absolument radicale ; beaucoup de malades conservent un trajet fistuleux, le raccourcissement est toujours instable avec quelquefois une attitude vicieuse. Enfin la résection, par ce fait même qu'elle laisse souvent la mobilité articulaire, présente des inconvénients ; elle favorise la récidive; la malade comme celle de Nélaton, a un article mobile, mais ne peut s'en servir, elle est infirme, tandis que l'ankylose donne un résultat fonctionnel bien supérieur. En résumé la résection de la hanche est une opération grave et ses résultats fonctionnels ne sont pas aussi beaux que ceux des méthodes conservatrices.

Médication thyroïdienne dans les retards de consolidation.

M. Potherat lit un rapport sur deux observations de M. Tronchet (de La Rochelle) concernant deux fractures non consolidées, traitées et guéries par la méthode thyroïdienne.

De ces deux faits et de faits analogues publiés par Reclus, Quénu, Gérard-Marchant, il résulte que cette méthode paraît appelée à un grand avenir, du moins les résultats obtenus sont de nature à nous encourager. Mais il ne faut pas oublier d'autre part que la méthode thyroïdienne n'est pas sans danger et par conséquent il ne faut la manier qu'avec prudence, commencer par des doses très minimes pour augmenter progressivement, en surveillant surtout le pouls qui est le véritable baromètre de l'empoisonnement thyroïdien.

Pancréatite suppurée.

M. Guinard lit un rapport sur une observation de M. J. L. Faure concernant une pancréatite suppurée, qui fut suivie d'une fistule pancréatique ; il s'agit d'un malade de 22 ans, présentant tous les signes d'une affection péritonéale grave ; une laparotomie médiane montra la présence d'une poche rétro-stomacale remplie de pus avec un organe transversalement placé et sphacélé. La poche fut évacuée et un drain laissé en place. Au bout de trois mois la guérison fut complète, avec une fistule donnant du liquide pancréatique. A côté de la voie médiane employée par M. Faure, il en est d'autres, des voies d'exception, ce sont : la voie lombaire et la voie transpleuro-péritonéale, cette dernière employée par M. Guinard lui-même.

Schwartz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 22 novembre. — Présidence de M. Landouzy.

M. Landouzy rend compte de la mission du bureau auprès du Ministre relativement aux *maladies contagieuses et la tuberculose dans les chemins de fer.* Des instructions seront affichées dans les gares sur l'hygiène des vagons la prophylaxie de la tuberculose, etc.

M. Herbet présente un *crachoir automatique* facile à nettoyer.

M. Kern attire l'attention de la Société sur les *dangers de l'emploi de vieux papiers*, souvent contaminés pour envelopper les denrées alimentaires.

M. Berthod envoie une lettre sur les *asiles pour tuberculeux* en dehors de Paris.

La fièvre typhoïde et les huîtres.

M. Mosny. — Il y a quelques années une épidémie de gastro-entérite et de fièvre typhoïde se déclara dans le département du Gard, et les huîtres furent incriminées.

Les accidents produits par les mollusques, moules et huîtres sont toxiques et infectieux, ces derniers étant beaucoup plus tardifs ; enfin on observe également la fièvre typhoïde. Quel est le toxique qui doit être incriminé ? La clinique permet d'attribuer les accidents au même agent toxique que le botulisme, au bacillus botulinus. Quant aux accidents infectieux, pour démontrer que l'huître a été contaminée par le bacille de la fièvre typhoïde, il faudrait pouvoir trouver le bacille typhique dans l'huître, mais cette expérience n'est pas possible. Dans les recherches de laboratoire on a trouvé dans les huîtres des bacilles typhiques, dans les moules des bacilles du choléra. Le bactérium coli est retrouvé assez souvent dans les huîtres, mais difficilement. Quand on retrouve le coli, on peut affirmer que l'huître vient d'un endroit contaminé. Tous ces microbes peuvent vivre longtemps dans les huîtres, plus de six semaines même, mais souvent atténués et modifiés. En résumé, les parcs sont dans ces cas des parcs contaminés. La plupart des parcs aux huîtres en France sont dans un état satisfaisant.

L'aniadot, nouvel antiseptique.

M. Sedan. — Ce serait un antiseptique d'une très grande puissance ; à ses propriétés bactéricides, l'aniadol joint une grande puissance désodorisante. L'aniadol est du *trimélanane* rendu soluble par un artifice de préparation. Martha.

REVUE DE CHIMIE MÉDICALE

Rédacteur spécial : P. Cornet.

I. — **Zur Kentniss des Chemismus der peptischen und tryptischen Verdauung der Eiweisstoffe.** (Chimisme de la digestion pepsique et trypsique des matières albuminoïdes) ; par Lawrow (de Pétersbourg). (Hoppe-Seyler's Zeitschrift für Phys. Ch. Bd. 26, H. 6, 1899.)

I. — M. Lawrow a fait au laboratoire physico-chimique de l'Académie de Médecine militaire de Pétersbourg, une série de curieuses expériences dont nous donnerons les principaux traits et les conclusions.

En faisant agir des pepsines de différents titres sur les matières albuminoïdes, en des durées de temps variables, on constate :

a). — Que déjà en faible digestion pepsique, des substances se forment, qui ne sont plus précipitables par le sulfate d'ammoniaque, et auxquelles manquent une série de réactions colorées, propres à l'albumine pure.

b). — En digestion assez intensive et prolongée, se développent des substances qui se laissent enlever par l'éther et auxquelles manque complètement la réaction du biuret. En outre, on peut isoler des corps précipitables par le sulfate d'ammoniaque, mais qui ont perdu la série des réactions colorées, propres aux matières albuminoïdes ; ces corps se distinguent les uns des autres par un pouvoir rotatoire différent. Enfin, prennent naissance d'autres produits que le sulfate d'ammoniaque ne précipite pas, qui ne donnent plus les réactions colorées des matières albuminoïdes, et se distinguent également entre eux par le pouvoir rotatoire. Le mélange de ces produits forme, en grande part, l'*amphopeptone* de Kühne.

c). — En digestion pepsique très intensive et très longue, existent des produits qui ont perdu toutes réactions colorées jusqu'à celle du biuret. Il en est d'autres qui ne donnent plus cette réaction mais précipitent par les réactifs propres aux alcaloïdes, et peuvent donner naissance, en quantité appréciable, à des sous-produits cristallisés. Ces derniers préexistent pour une petite part dans les tissus de l'estomac.

Les recherches sur la digestion trypsique des matières albuminoïdes ont fait constater la naissance de produits mélangés, précipitables par les acides phosphotungstique et sulfurique, non précipitables par le sulfate d'ammoniaque et ne donnant pas la réaction du biuret. L'action trypsique énergique peut décomposer complètement les matières protéiques.

Hedin, notamment, a isolé la *lysine* (1), et Kutscher a remarqué que le précipité phosphotungstique de l'antipeptone est surtout formé d'hexonbases (2).

II. — Erste Produkt der Verdauung des Caseins durch Pepsinsalzsäure. (*Kleinere Mittheilungen von Prof. E. Salkowski, ibidem*, Bd. XXVII, H. 4 et 5, p. 297.)

II. — Il semble résulter des travaux de E. Salkowski à l'Institut pathologique de Berlin, qu'il existe un premier stade de la digestion de la caséine, où il n'y a pas encore dédoublement en paranucléine, mais où néanmoins la caséine est déjà transformée en une albumose qui en englobe tout le contenu phosphoré. Ainsi la naissance de la paranucléine est précédée de celle d'une albumose. Dans une troisième phase, il y a peu à peu dissolution de la paranucléine, et digestion plus complète des albumoses.

III. — Die Bildung von Skatolessigsæure bei der Eiweisfaülniss.

III. — Le même auteur, en reprenant les travaux en collaboration avec son frère H. Salkowski, sur la décomposition de l'albumine, a obtenu une substance cristallisée, présentant les caractères attribués par Nencki à l'acide *acéto-skatolique*, et composé de 69,84 0/0 de carbone ; 5,87 0/0 d'hydrogène et 7,40 0/0 d'oxygène. Il résulte aussi des remarques de Nencki, que l'acide acéto-skatolique n'est pas produit exclusivement par des bactéries anaérobies, mais aussi par celles qui se développent par ensemencement spontané sur de la viande délayée dans de l'eau alcalinisée.

IV. — Einflus der Kohlehydrate auf die Eiweissfæulniss. (*Ibidem*, p. 316.)

IV. — Pour vérifier les effets antiseptiques attribués aux hydrates de carbone, Salkowski a fait des recherches sur du sang frais, saturé de sucre de canne, et conservé pendant dix-huit mois à la température de la chambre. Le mélange analysé plusieurs fois, n'eut à aucun moment, la moindre odeur putride, mais sentit peu à peu et nettement, l'éther acétique. En culture et au microscope il n'y eut aucune trace de bactéries, mais seulement des moisissures. La décomposition de l'hémoglobine fut remarquée comme secondaire à l'apparition de l'acide acétique. L'éther acétique provenait de deux processus : fermentation alcoolique et formation d'acide acétique, deux effets de la décomposition du sucre de canne.

THÉRAPEUTIQUE

Opothérapie thyroïdienne dans le traitement des fractures.

Depuis quelque temps déjà l'action du corps thyroïde sur le développement des os a été bien mise en lumière. Les preuves les plus nettes sont les suivantes :

La croissance et particulièrement l'ossification subissent un arrêt chez les animaux dont on enlève la glande thyroïde, ainsi que le prouvent les expériences de Hofmeister, Eiselsberg, Moussn, Hanau. Une observation de Lancereaux (*Semaine médicale*, 1893) prouve qu'il en est de même chez l'enfant thyroïdectomisé : un jeune garçon auquel on avait fait à onze ans l'ablation totale du corps thyroïde, conservait, quatre ans après l'opération, la taille qu'il avait à cette époque.

Dans le cas d'idiotie myxœdémateuse, de crétinisme, la médication thyroïdienne produit, entre autres résultats (démyxœdémisation, réveil de l'intelligence, etc.), un accroissement notable de la taille. Chez les nains, dont le corps thyroïde est toujours atrophié, au moins fonctionnellement, chez les sujets atteints d'arrêt de croissance, d'infantilisme reconnaissant des causes diverses (rachitisme, athrepsie, albuminurie), les recherches de Mossé, Bourneville, Schmit et surtout d'Hertoghe (d'Anvers) ont montré l'action de l'opothérapie thyroïdienne sur le développement du squelette, à la condition que les cartilages d'accroissement ne soient pas encore ossifiés.

D'autre part, dans les maladies du type basedowien on constate des troubles trophiques osseux, attribuables à une activité exagérée des cartilages de conjugaison, consécutive sans doute à l'hyperthyroïdisation. De même, dans la croissance rapide et excessive des jeunes sujets, il semble y avoir sécrétion thyroïdienne exagérée.

L'action de la glande thyroïde sur l'ossification étant incontestable, il était dès lors indiqué de rechercher si la sécrétion thyroïdienne n'a pas une influence sur la réparation des fractures.

On constata d'abord que, chez les animaux thyroïdectomisés, la réparation des fractures expérimentales est considérablement ralentie. Bientôt les essais d'opothérapie thyroïdienne dans le traitement des fractures montrèrent le parti qu'on peut tirer de cette médication.

Plusieurs observations particulièrement intéressantes ont été publiées récemment sur ce sujet par M. L. Dejace. On lit en effet, dans le *Scalpel* (8 octobre 1890) :

« Un garçon de quatorze ans, atteint d'une fracture du fémur gauche, présentait une pseudarthrose de l'os fracturé : je le vis, il y quatre mois environ. Je lui fis prendre trois capsules du corps thyroïde de Vigier par jour, et réappliquai un appareil permettant la marche. Après un mois, la fracture était consolidée. Ce cas n'est peut-être pas typique parce que le jeune sujet avait été soumis à l'avivement des fragments par simple frottement; mais j'obtins un autre succès chez une jeune fille de dix-sept ans, atteinte d'une fracture de l'humérus gauche. Cette patiente, après avoir été soumise au massage, ne voyait pas sa fracture consolidée deux mois après l'accident. Je lui administrai par jour quatre capsules de corps thyroïde et fis continuer simplement le massage. Après un mois et demi de traitement, la patiente pouvait se servir du membre blessé.

« C'est Gauthier qui, le premier, aurait donné systématiquement le corps thyroïde dans les fractures à consolidation retardée (1897). M. Quénu rapporta un cas de pseudarthrose guérie par cette médication (Société de chirurgie, 1898) : le résultat avait été remarquablement rapide (quelques jours). Reclus, Folet (de Lille) ont à leur tour obtenu des consolidations extra-rapides. L'auteur, en ayant fait l'essai dans un cas de *fracture récente* du tibia, a vu le malade marcher sur une jambe solide le dix-septième jour. »

Voici donc une nouvelle indication, et l'une des plus nettement établies, de l'opothérapie thyroïdienne. Parmi les modes d'administration du médicament, l'ingestion de capsules de Vigier, qui représentent la glande thyroïde de mouton, convenablement choisie et conservée dans un état de pureté absolue, compte certainement parmi les meilleurs.

Les exemples que nous avons cités sont assez concluants pour encourager les cliniciens à administrer le corps thyroïde dans les cas de fractures non consolidées, la pseudarthrose et même dans les fractures récentes.

(1) *Du Bois-Reymond's Arch.*, 1891, p. 248-278.
(2) *Hoppe-Seylers Zeitss. Bd. XXV*, p. 165-189.

Plaques d'identité pour les officiers. — Une note ministérielle prescrit qu'à l'avenir les officiers porteront en campagne des plaques d'identité analogues à celle des hommes de troupe : au recto de ces plaques seront inscrits : le nom, le premier prénom et l'indication « officier » ; au verso, le lieu et la date de naissance. Le *Bulletin médical*, en donnant cette nouvelle, s'étonne à juste titre que la revaccination, obligatoire pour les soldats, ne le soit pas devenue pour les officiers.

Tauromachie. — « Tout cela n'est que la vieille horreur de l'instinct, aggravée par le sadisme. Courses de taureaux, combats de coqs, combats de chiens et de rats, concours de pinsons auxquels on a crevé les yeux, il y a dans toutes ces basses horreurs une offense au rôle que s'est attribué l'homme, au devoir de compassion et de compatissance dont il s'est investi vis-à-vis de ces humbles êtres qui participent, comme lui, à la vie universelle. C'est un sentiment en retard, issu de l'ancienne barbarie, qui subsiste encore en nous lorsque nous recherchons une satisfaction cruelle de notre curiosité dans ces exercices violents et si inutiles ! La nécessité de subsister a fait construire des abattoirs où l'on tue rapidement, par besoin, les animaux. N'allons pas au spectacle dans les abattoirs changés en cirques. (G. Geffroy, *L'Aurore*, 10 octobre 1899.)

BIBLIOGRAPHIE

Temperaturas hiperpiréticas hasta de 49° (*Températures hyperpyrétiques s'élevant jusqu'à 49°*), par le Dr Carlos A. Illanes B (Extrait de la *Revista Medica de Chile*, T. XXVII, 1899).

Ce travail est la reproduction d'une communication faite par l'auteur de la Sociedad Medica (S. A. indic.), en juin 1898, au sujet d'un cas qu'il avait eu l'occasion d'observer en 1896, et dans lequel, au milieu d'une succession de symptômes étranges et déconcertants, la température présenta, avec une marche capricieuse, des ascensions « quasi invraisemblables ».

Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans, de constitution débile et d'un tempérament à prédominance nerveuse, laquelle, après quelques jours de malaise, d'inappétence, de maux de tête, etc., s'était alitée avec un ensemble d'accidents donnant lieu de croire à un début d'érysipèle de la face. Mais, au bout de deux jours, le gonflement inflammatoire avait disparu, laissant seulement une petite escarre correspondant à quelques vésicules constatées tout au début au centre des parties tuméfiées; néanmoins, la fièvre, qui, dès le deuxième jour, avait monté de 38°,8 à 41°, continua à osciller, les jours suivants, entre 40°,6 et 42°. Puis, le troisième jour, après une ascension à 42°,1, avec pouls à 140, faible, survint une perte de connaissance de 10 à 15 minutes, avec pâleur, sécheresse et refroidissement de la peau, respiration superficielle et irrégulière, et résolution musculaire complète, sauf du côté des muscles de la nuque, qui étaient contractés. A la suite de cet accès, que l'on combattit en réchauffant la malade au moyen de bouteilles d'eau chaude et en pratiquant la respiration artificielle, environ une demi-heure après son début, la température était tombée à 36°,6 et le pouls à 130. Dans la même journée, la température remonta progressivement, et les phénomènes de prostration se dissipèrent au fur et à mesure, de telle sorte que, 6 heures après l'attaque, le thermomètre accusant de nouveau 41°, la malade se sentait beaucoup mieux, était animée, causait gaiement, se remuait plus facilement et souffrait moins. Une heure et demie plus tard, les malaises se reproduisant, on donna un bain à 26°, d'une durée de 25 minutes, à la suite duquel on obtint un abaissement thermique de quelques dixièmes de degré et un soulagement considérable. Mais ce soulagement ne dura guère; au bout d'une heure à peine, la température était remontée à 41°, et la malade présentait, en même temps qu'une légère excitation psychique, une céphalalgie localisée à la région fronto-occipitale. Nous ne pouvons entrer dans le détail des autres symptômes notés jusque-là ; nous nous contenterons de relever ce qui concerne la température et sa marche, c'est-à-dire ce qui constituait l'accident prédominant et le plus inquiétant dans l'ensemble symptomatique. Du reste, la symptomatologie de ces premiers jours était trop indécise pour se prêter à un résumé valable; et l'on pourra s'en rendre compte quand nous aurons dit que, de trois confrères réunis en consultation à la date de la maladie où nous en sommes arrivé, l'un pensait à un typhus exanthématique, le second à une méningite cérébrale, et le médecin traitant (l'auteur de l'observation) à une fièvre typhoïde, ces trois diagnostics n'étant d'ailleurs formulés que sous réserves; mais, en revanche, tous trois étaient d'accord pour considérer une terminaison fatale comme imminente à bref délai, du seul fait de cette hyperthermie si accentuée, quelle que pût être en réalité la maladie au cours de laquelle elle se manifestait.

Et cependant, ce n'était là que le prélude d'autres écarts hyperthermiques absolument extraordinaires et exceptionnels. Du quatrième au douzième jour de la maladie, la température oscilla entre 41°,5 et 42°,5; elle atteignit 43°,3 le treizième et le quatorzième jours, et se maintint à ce degré pendant un court espace de temps la première fois, pendant 2 heures la seconde fois; enfin, du quinzième au vingt-septième jour, elle dépassa 43°, et l'on observa les énormes exacerbations de 44, 45, 46, 47, 48 et 49°. Ce dernier maximum de 49° fut atteint deux jours de suite (vingt-sixième et vingt-septième de la maladie). Le vingt-huitième jour, maximum 45°, minimum 42°; le vingt-neuvième jour, maximum 42°, minimum 38°; le trentième jour, chute de 39° à 37°; puis enfin, après une réascension à 38° le trente-et-unième jour, chute définitive et oscillations entre 36° et 37°,5.

Pendant les périodes d'hyperthermie extrême, le pouls ne monta que rarement à 140; il se tint le plus habituellement entre 120 et 130.

La marche de la maladie confirma jusqu'à un certain point le diagnostic de fièvre typhoïde; mais ce fut, en tout cas, une fièvre typhoïde tout à fait anomale et irrégulière, non seulement par les phénomènes d'hyperthermie observés pendant son cours, mais aussi par le reste de sa symptomatologie. On n'observa aucun phénomène matériel susceptible de rendre compte des chutes brusques et passagères de la température au-dessous de la normale : pas trace d'hémorragie intestinale, pas de troubles urinaires importants, pas de diarrhée...

Comme bien on pense, le médecin traitant ne resta pas seul en face d'un cas si étrange et si inquiétant : il y eut plusieurs consultations encore, après celle dont nous avons fait mention plus haut, et les températures extrêmes furent à plusieurs reprises constatées par d'autres confrères, les thermomètres contrôlés par de nombreuses comparaisons avec d'autres, d'abord ceux qui servirent jusqu'au moment où la température atteignit 43°, puis celui que l'on dut employer lorsque, arrivée à ce chiffre, elle ne put plus être mesurée avec les thermomètres médicaux ordinaires.

Il y aurait encore plusieurs autres particularités bien singulières à relever dans cette observation; mais nous ne pouvons pas, en vérité, prolonger davantage cette analyse déjà trop longue, et nous renvoyons au texte *in-extenso* ceux de nos lecteurs qui seront curieux d'étudier en détail ce fait clinique étrange.

Nous nous bornerons à résumer les réflexions par lesquelles l'auteur termine son travail. Dans ce cas, dit-il en substance, il y a eu, d'une part, tout un ensemble de manifestations en rapport avec un état infectieux, fièvre typhoïde ou autre grave infection gastro-intestinale, et, d'autre part, des accidents d'hyperthermie tellement extraordinaires, que, si l'on voulait les faire rentrer, avec le caractère propre de fièvre, au nombre des manifestations infectieuses, ils constitueraient un fait difficile, sinon impossible à concevoir. Il se refuse à admettre un phénomène incompatible avec l'existence humaine, à moins que l'on ne suppose un organisme réfractaire à toute température fébrile élevée; mais, avant d'accepter une hypothèse semblable, il croit qu'il est plus facile d'envisager ces hautes températures comme des symptômes d'un autre ordre, et il arrive à incriminer « une affection qui, dans ses multiples manifestations, simule de nombreuses maladies, sinon toutes les maladies : l'hystérie », en appuyant cette opinion sur les antécédents familiaux de la malade, sur son tempérament nerveux, et sur un petit nombre de signes relevés chez elle et pouvant être considérés comme des stigmates de cette névrose. Il termine en rappelant que la malade, en outre, alors qu'elle avait une température de 42° et 43°, se montrait animée dans sa conversation, comme si elle n'avait pas été sous le coup d'une fièvre aussi intense. Ch. H. Petit-Vendol.

Maladies des organes génitaux de la femme; par le Pr Carl Schrœder (12e édition allemande, publiée par le Pr Hofmann (de Wurtzbourg), (Maloine, Paris).

Ce livre qui vient de paraitre chez nous est une traduction de l'excellent traité de Schrœder. C'est, on peut le dire, le livre du praticien : le savant professeur allemand, dont tout le monde connaît la haute compétence en gynécologie, n'a assurément pas eu l'intention de faire un gros traité. Son ambition a été, et il y a pleinement réussi, de faire en un langage, court, concis, mais facile et à la portée de tout le monde, un ouvrage résumant les connaissances actuelles en gynécologie; toutes les questions y sont abordées et traitées suivant l'importance qu'elles méritent; mais toujours le lecteur sera au courant des derniers progrès. L'ouvrage contient l'étude de toutes les maladies des organes génitaux, depuis celles de la vulve et du vagin, qui forment le début du volume, jusqu'à celles, plus importantes de l'utérus et de ses annexes qui sont plus longuement examinées dans la deuxième partie.

Schwartz.

VARIA

Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine.

L'assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine a eu lieu le dimanche 26 novembre à 2 heures du soir, sous la présidence de M. le Dr Comby. Soixante membres environ assistaient à cette assemblée, nombre par trop restreint si l'on songe que près de 800 médecins font partie du syndicat.

Après l'élection des membres du Conseil pour 1900, une invitation pressante de M. Glover, à prendre part au Congrès de Médecine professionnelle, diverses propositions ont été faites : entre autres une de M. Berthod pour suivre devant le Conseil d'Etat la protestation contre la participation des syndicats de dentistes et de sages-femmes à l'élection du représentant des syndicats médicaux au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels; non parce que les médecins syndiqués dédaignent en quoi que ce soit le concours de ces honorables corporations, mais parce que leurs relations avec la mutualité n'a aucun rapport avec celles du médecin, qui est la cheville ouvrière des Sociétés de secours mutuels. M. J. Noir a demandé que, lors de la discussion du nouveau projet de loi sur les syndicats, le syndicat de la Seine fasse les démarches nécessaires pour obtenir par voie d'amendement la suppression de l'art. 13 de la loi du 30 novembre 1892, qui restreint la liberté des syndicats médicaux en interdisant la défense de leurs intérêts contre l'Etat, les départements et les communes. Les médecins ne méritent pas cette suspicion et ce sont les syndicats médicaux qui sont souvent parvenus à faciliter l'application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite enrayée par la mauvaise volonté trop fréquente de certains Conseils généraux. Cette action bienfaisante des syndicats médicaux a été reconnue officiellement par le Ministère de l'Intérieur et, en demandant de rentrer dans le droit commun, les syndicats médicaux n'ont aucune prétention exagérée. Cette proposition a été adoptée :

Le Conseil d'Administration pour 1900 est ainsi composé : M. Jamin, président; M. Paul Richard, vice-président; M. Séailles, secrétaire-général; M. Philippeau, trésorier; MM. Bellencontre, Boissard, F. Boissier, Ducor, L. Gourichon, Miller, J. Noir, Rotillon, Ch. Souligoux, Tochard, membres du Conseil.

Ecole dentaire de Paris.

Fête annuelle de réouverture des cours.

Il y a un an et demi, nous assistions à l'inauguration du petit palais de la rue de la Tour-d'Auvergne ou l'Ecole dentaire de Paris, trop à l'étroit rue Rochechouart avait transporté ses pénates. Ne reculant devant aucun sacrifice et toujours prêts à marcher de l'avant, les dentistes de Paris, véritable ruche travailleuse augmentèrent sensiblement non seulement le nombre de leurs élèves, mais encore, grâce à l'élite des professeurs dont ils surent s'entourer, le niveau intellectuel de l'Ecole qui aujourd'hui peut rivaliser comme installation, comme dispensaire, comme musée, comme bibliothèque avec les Ecoles américaines à l'image desquelles ont été créées, à force de labeurs, celles de Paris. Nous avons suivi depuis le début l'essor de l'Ecole dentaire de Paris, qui seule, avec ses propres ressources, a acquis une si grande importance qu'elle se trouve aujourd'hui trop à l'étroit dans ses immenses locaux et que déjà la construction d'un nouvel étage s'impose. Nous sommes heureux cette fois encore, dans ces colonnes de féliciter les membres de l'Ecole dentaire qui ont su montrer ce que vaut l'initiative privée entre les mains d'hommes mettant de côté bien des dissentiments pour ne pratiquer que la solidarité la plus loyale qui conduit toujours au succès.

Hier, nous étions à même de constater les progrès accomplis en assistant à la fête annuelle de réouverture des cours pour l'année 1899-1900. La séance avait lieu dans la grande salle de l'Ecole, coquettement décorée de massifs de verdure et de tentures. M. le Pr Pozzi, sénateur, présidait, ayant à ses côtés. M. Godon, directeur de l'Ecole, Lecaudey, président honoraire, etc., etc., entourés de tous les professeurs de l'Ecole et d'un nombre considérable de médecins et de dentistes.

M. Godon, président du Conseil d'administration, directeur de l'Ecole, a prononcé une allocution très applaudie sur l'exercice de l'art dentaire.

M. le Dr Roy, professeur à l'Ecole a fait une intéressante conférence sur l'historique de la thérapeutique dentaire.

M. le Dr Sauvez, secrétaire général a donné lecture de son rapport annuel, dans lequel il a constaté la prospérité de l'Ecole.

M. le Pr Pozzi affirme les vieilles sympathies qui l'unissent à la prospérité de l'art dentaire. Il rappelle les voyages qu'il a faits successivement en Angleterre, en Amérique et en Allemagne. Il y a, dit-il, une différence entre ces peuples et nous. Chez nous il est un dicton qui dit : Aide-toi, le ciel t'aidera. Nous n'en faisons rien. C'est ce qu'on fait les Américains et c'est aussi ce que vous avez fait, aussi avez-vous réussi. L'orateur fait l'éloge de l'enseignement professionnel technique, professé à l'Ecole dentaire de Paris. Il loue la spécialisation et reconnait les grands services que le spécialiste rend dans toutes les branches de la science médicale. En terminant, M. Pozzi est heureux de voir les dentistes accomplir une œuvre philanthropique et humanitaire en donnant leurs soins aux indigents. Ils sont désormais entrés dans la grande famille médicale. Devant la misère, les parchemins disparaissent, il ne reste plus que le mérite personnel. Aussi éprouve-t-il pour l'Ecole dentaire la plus grande sympathie et il fera tous ses efforts pour lui apporter son appui et son concours lorsqu'il le faudra.

La séance a été terminée par la lecture du palmarès et la remise des diplômes et des récompenses aux élèves et aux lauréats de l'année scolaire 1898-99. (MM. Loustalot, Banlen, Laverton, Lourian, Blatter, Amillac, Klein, Le Boucher, Vicat, Coeffrel, Rosenfeld, Fabret, Demeulle, Godin, Corsuc, et H. Masson).

Pendant la cérémonie un excellent orchestre, composé d'artistes de l'Opéra et de la Garde Républicaine a exécuté plusieurs morceaux sous l'habile direction de M. Hauser.

Une collation succulente a terminé, comme d'habitude, cette soirée intime et l'on s'est séparé en buvant au succès de l'Ecole.

Albin Rousselet

Association des Dames françaises.

Assemblée générale annuelle.

Vendredi 21 novembre, a eu lieu dans le grand Amphithéâtre de la Sorbonne l'assemblée générale annuelle de l'Association des Dames françaises fondée par le Dr Duchaussoy, sous la présidence d'honneur de Mme Loubet.

Le grand Amphithéâtre de la Sorbonne avait été mis à la disposition de la Société. Sur l'estrade avaient pris place de nombreuses notabilités appartenant à l'armée, à la science et aux œuvres de bienfaisance.

Mme la comtesse Foucher de Careil, dans un excellent discours donne lecture du développement considérable de la Société.

M. le Dr Duchaussoy, secrétaire général lit le compte rendu annuel des travaux accomplis dans l'année et fait l'éloge des professeurs et nombreux élèves qui ont suivi les cours.

Il est procédé ensuite à la remise des diplômes et à la distribution des récompenses.

A la fin de la cérémonie, le général Lavocat a prononcé une éloquente et patriotique allocution qui a été couverte des applaudissements les plus unanimes.

Pendant toute la durée de la cérémonie, une musique militaire a exécuté les meilleurs morceaux de son répertoire.

Albin R.

Ligue nationale contre l'alcoolisme.

Le dimanche, 26 courant, a eu lieu à l'Hôtel des Sociétés savantes la séance générale de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, sous la présidence de M. Cheysson. Après une cordiale allocution du président, M. le Dr E. Philbert, secrétaire général, a lu un rapport substantiel, exposant les travaux de propagande de la Ligue pendant l'année écoulée. Montrant l'importance prise aujourd'hui par la question de la lutte antialcoolique qui s'est fait jour dans tous les Congrès d'hygiène, de la tuberculose, etc., aussi bien que dans les Congrès d'études sociales, il a dit le succès inespéré du Congrès contre l'alcoo-

lisme, tenu à Paris, au printemps dernier, s'appuyant sur son expérience personnelle et sur de nombreuses citations, il s'est déclaré l'apôtre de l'abstinence partielle contre l'abstinence totale qui nuit aux progrès de la lutte chez nous. Enfin, il a montré les efforts tentés dans les hôpitaux, dans les bureaux de bienfaisance, dans les grandes compagnies pour réprimer la marche du fléau et il a terminé par un appel aux dames qui doivent rendre aimable leur intérieur et empêcher leurs maris et leurs fils de le déserter au profit des cafés. M. le Dr Jacquet a ensuite captivé l'auditoire par une brillante conférence qui a précédé la distribution des récompenses.

Cambriolage à l'hôpital Beaujon. Le concours de l'internat suspendu.

Nous lisons dans le *Journal* du 30 novembre la stupéfiante nouvelle suivante :

« Hier matin, vers cinq heures, un infirmier qui faisait sa ronde habituelle dans les couloirs de l'hôpital Beaujon aperçut, près de la porte du cabinet du directeur M. Juramie, un objet de forme cylindrique et de couleur noire; croyant qu'il s'agissait d'un engin explosif il se retira, bien décidé à attendre le jour pour se rendre compte de ce qui se passait. A sept heures du matin, seulement, le directeur de l'hôpital, arrivant à son cabinet, trouva l'objet, lequel n'était autre qu'une lanterne sourde perfectionnée et à double crochet portatif. Mais ce qui surprit davantage M. Juramie, c'est qu'un grand panneau de la porte de son cabinet avait été détaché au moyen d'un thermo-cautère; le bois, en effet, présentait sur toutes les parties coupées des traces de brûlures. Plus de toute, on s'était introduit nuitamment dans la pièce. Le directeur de l'hôpital prévint immédiatement le commissaire de police du quartier du Faubourg du Roule, M. Mourgues, qui vint avec son secrétaire, M. Lefils, procéder aux constatations. La porte ouverte, on découvrit à quelques pas, deux vrilles d'assez fortes dimensions, dont on s'était servi pour percer trois urnes en bois, d'une solidité à toute épreuve, et dans lesquelles se trouvaient placées sous scellés, les copies encore à lire du récent concours de l'internat des hôpitaux. Ces urnes avaient été déposées dans le cabinet de M. Juramie par les Drs J-B. Angers et Troisier, tout deux présidents du jury du concours de l'internat. Un petit entonnoir, dont l'orifice supérieur mesure la même circonférence que celle d'une pièce de cent sous, indiquait à quel genre de travail s'était livré le... cambrioleur.

« On put constater, en effet, qu'une certaine quantité d'acide azotique avait été déversée dans deux des urnes, dans le but de détruire ou de rendre illisibles les copies du concours. Ce but a été atteint largement, car toutes les feuilles de papier sont redevenues blanches... et on ne connaît aucun procédé qui permette de les ramener à leur état primitif.

« Cet acte malfaisant aura pour conséquence immédiate la suspension du concours de l'internat. Les épreuves subies vont être annulées et seront recommencées plus tard.

« Mais le résultat final du concours sera renvoyé de février 1900 au mois de mai ou de juin suivant.

« M. Napias, directeur de l'Assistance publique, accompagné des représentants du parquet, s'est rendu dans la matinée à l'hôpital Beaujon. Des recherches vont être faites dans certains milieux par divers agents du service de la Sûreté que M. Cochefert a mis à la disposition du commissaire de police du faubourg du Roule. On ne possède jusqu'ici que peu d'indices susceptibles de faire retrouver les coupables.

« La veille, un certain nombre d'étudiants avaient passé la plus grande partie de la soirée à l'hôpital et les infirmiers des salles de garde n'avaient remarqué rien d'anormal.

Les épidémies :

La peste.

La peste continue ses ravages à Oporto, dans l'île Maurice et à Santos (Brésil). Les journaux politiques publient les dépêches suivantes :

Porto, le 26 novembre. — Pendant la semaine, on a constaté 13 cas de peste et 4 décès. Aujourd'hui, il y a eu 1 cas.

Londres, le 26 novembre. — Il y a eu, la semaine passée, à l'île Maurice, 37 nouveaux cas de peste et 26 morts. Le total des morts, à ce jour, est de 39.

En outre, la peste aurait éclaté à Kobé (Japon). Le Dr Salimbeni, envoyé avec le Dr Calmettes à Oporto par l'Institut Pasteur de Paris, est revenu en France et est remplacé par le Dr Matin.

La guerre sud-africaine va très probablement concourir à l'extension du fléau, car il est à noter que les troupes anglaises viennent de trois foyers pestilentiels, Bombay, l'île Maurice et Alexandrie ; d'autre part, Lourençao-Marquez, le port de la baie de Delagoa, en relations constantes avec le Transvaal, est actuellement contaminé.

La rage à Paris en 1898.

Le conseil d'hygiène du département de la Seine a reçu communication, dans sa dernière séance, du rapport de M. Proust sur les cas de rage observés en 1898 à Paris et dans la banlieue. Le nombre des décès, officiellement constatés, n'a été que de 8 sur environ 1.500 personnes mordues. Mais les circonstances qui ont précédé quelques uns de ces décès, méritent, par leur étrangeté, d'être signalées : M. Proust cite d'abord le cas d'un habitant de Saint-Denis, M. C..., âgé de soixante et un ans, qui, ayant été mordu le 12 janvier par un chien errant, fit abattre l'animal et le porta ensuite chez un vétérinaire. Celui-ci, son examen terminé, délivra un certificat constatant que « l'autopsie n'avait révélé aucun des symptômes ordinaires de la rage ». M. C... cependant mourut enragé, quarante-trois jours plus tard, le 24 février. C'est ensuite le cas d'un enfant, Narcisse T..., sur lequel un chien enragé se jette dans la rue. L'enfant repousse le chien de sa main droite, qu'il pose sur la gueule toute baveuse de l'animal. Il n'est pas mordu, mais, au même moment, une poussière lui étant entrée dans l'œil, il frotte celui-ci avec sa main salie. Seize jours plus tard, Narcisse T... mourait dans une crise de rage. C'est enfin un garde champêtre de Montmorency, M. G..., qui, le 17 août, est atteint d'hydrophobie et conduit à l'hôpital Lariboisière. Il ne se souvient pas d'avoir été mordu, sauf une fois, *quatorze mois auparavant*, par le chien d'un de ses voisins, lequel chien n'a pas été malade et vit encore... Deux jours après G... meurt en présentant tous les symptômes de la rage.

Ces exemples singuliers, sur lesquels M. Proust a attiré l'attention du conseil d'hygiène, ont décidé ce dernier à adresser au préfet de police la requête suivante : « Le conseil... demande instamment que les commissaires de police soient dûment informés : 1° Que le résultat négatif de l'autopsie d'un chien mordeur ne permet pas d'affirmer qu'il n'était pas enragé; 2° Qu'ils doivent en aviser les personnes mordues et les engager à se rendre à l'Institut Pasteur pour s'y faire traiter. »

En même temps le conseil d'hygiène, après avoir constaté par les tableaux joints au rapport de M. Proust que le nombre des chiens enragés et des personnes mordues est, comme toujours, en raison inverse du nombre des chiens errants abattus, a demandé « que l'ordonnance de 1892 soit rigoureusement appliquée et que des poursuites soient intentées par le Parquet aux propriétaires de chiens ayant causé des accidents ». Il s'agit en la circonstance, de la célèbre ordonnance de M. Lozé sur les chiens vagabonds. (Le *Temps* du 5 novembre 1899.)

Les suites d'un duel entre internes.

Hier est venue, devant la cour d'assises de la Gironde, une affaire que le *Temps* a racontée à son heure et qui souleva dans Bordeaux une profonde émotion. Il s'agit du duel Vergely-Constantin, où ce dernier trouva la mort.

Auguste Vergely, âgé de 27 ans, fils d'un professeur à la Faculté de Médecine, est interne à l'hospice Pelegrin, comme l'était aussi son adversaire, René Constantin. Les quatre témoins, Eugène Quintrie, Jean Lafond, Paul Micheleau, Pierre Rogett, sont également internes des hôpitaux, Vergely est poursuivi pour meurtre; les quatre témoins pour complicité. De grandes divergences d'idées et d'opinion séparaient les deux adversaires, dont l'un, Constantin, avait fait ses études dans un établissement religieux. Diverses circonstances particulières avaient encore augmenté l'inimitié qui régnait entre les deux jeunes gens, si bien qu'un beau jour, au cours d'une discussion, des injures furent échangées et qu'il en résulta un duel. Ce duel eût lieu dans une lande voisine du haras de

Beaudésert, à Mérignac. Les conditions étaient deux balles échangées à vingt-cinq pas et au commandement. On n'avait mis dans les pistolets qu'une demi-charge de poudre. Les deux adversaires ont tiré dans la ligne aussitôt le commandement donné. On peut donc presque dire que c'est un hasard malheureux qui fit que M. Constantin fut atteint. La balle pénétra dans la région inguinale. Et, deux heures après son transfert à l'hôpital, le blessé mourait.

A l'audience, M. Vergely exprime les plus vifs regrets de ce dénouement fatal. Tous les témoignages, d'ailleurs, lui sont plutôt favorables.

Après une assez longue délibération, la cour, sur verdict négatif du jury, a acquitté M. Vergely et les quatre témoins de la rencontre. « *Le Temps* » du 12 novembre 1899.)

Legs pour l'hospice Debrousse.

Nous lisons dans le *Temps* du 15 novembre 1899 :

M. Hubert Debrousse, ancien directeur de *la Presse* et président de la Société des mines de Malfidano, le frère de la baronne Alquier, qui laissa à l'Assistance publique plus de cinq millions destinés à la fondation d'un hospice de vieillards, a dans son testament manifesté l'intention de continuer et de compléter l'œuvre charitable de la baronne Alquier et, à cet effet, il institue l'Assistance publique de Paris comme légataire universelle. Or, la fortune de M. Debrousse se monte à près de trente millions ; l'Assistance publique aura, il est vrai, à prélever sur cette somme un grand nombre de legs particuliers. Mais il lui restera encore, tous comptes faits, près de dix millons qu'elle devra consacrer, suivant la volonté du donateur, à accroitre l'importance de l'hospice Debrousse. Cet hospice est construit, dans le XX[e] arrondissement, près des fortifications, sur l'ancien emplacement du château de Bagnolet qui appartenait, au XVIII[e] siècle, à la famille d'Orléans. Pendant la Révolution, le château fut détruit : il n'en resta qu'un joli pavillon, de style Louis XV, dont on a fait le bâtiment de l'administration de l'hospice, et des arbres fort beaux qui font du jardin de l'établissement un parc admirable.

Autour de ce pavillon, l'Assistance publique a fait construire plusieurs bâtiments dans lesquels elle a installé 168 lits de vieillards, hommes ou femmes, et 16 chambres de ménage. Les millions dont hérite l'hospice permettront de doubler au moins le nombre de ces lits réservés exclusivement à des vieillards indigents.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VI des annonces.)

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Le D[r] L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi à 5 heures, au laboratoire. — *Objet du cours* : Sources de l'électricité médicale. Technique générale du maniement des appareils. Electrodiagnostic. Rôle de l'électricité médicale dans les maladies du système nerveux. Electrothérapie gynécologique. Le nombre des places étant limité, MM. les étudiants en médecine et docteurs sont priés de s'inscrire au Laboratoire, les mardis, jeudis et samedis, de 2 heures à 4 h.

Maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx. — M. le D[r] P. AYSAGUER, à sa clinique, 21, rue de Sèvres, procédera à l'examen des malades les mardi, jeudi et samedi à 4 heures.

Conférences pratiques — Le D[r] René BELIN conférences pratiques sur l'*instrumentation chirurgicale*, les *appareils et les bandages* à la maison Ambroise-Paré, 115, rue de Rome, les mardis, jeudis et samedis à 5 heures. La série comprendra douze conférences.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères (Cours libre autorisé par le Conseil de l'Université de Paris), — M. Gustave LOISEL, docteur en Médecine et docteur ès sciences commencera ce cours le vendredi 8 décembre à cinq heures un quart, rue de l'Estrapade n° 18, et le continuera les vendredis suivants à la même heure.

FORMULES

XXXII. — Contre la tuberculose chronique..

Glycérophosphate de soude. . .	60 grammes.
Gaiacol cristallisé	10 —
Glycérine	150 —
Sirop de tolu	200 —
Arrac	30 —
Vin de Malaga	600 —

XXXIII. — Vomitifs chez les enfants.

Nous empruntons à l'excellent livre de M. J. COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades : les *Médicaments chez les Enfants* (J. Rueff, édit., 1900) les formules de vomitifs suivantes :

1° L'*ipéca* peut se prescrire sous forme de poudre de la racine ou de sirop qui contient 1 centigramme d'extrait par gramme. On administre généralement :

Sirop d'ipéca.	30 grammes.
Poudre d'ipéca.	0 gr. 30 centigr.

par cuillerées à café toutes les cinq minutes jusqu'à effet.

Ou pour masquer le goût nauséeux de l'ipéca :

Poudre d'ipéca.	0 gr. 30 à 1 gramme.
Sirop de violettes. . . .	30 grammes.
Looch blanc	120 —

Le sirop de Desessarts et la poudre de Dower sont encore des préparations à base d'ipéca très employées chez les enfants. Pour renforcer l'action vomitive de l'ipéca on peut y adjoindre des préparations à base de polygala ou de narcisse des prés.

2° Le *sulfate de cuivre*, très recommandé par Trousseau, peut se prescrire :

Sulfate de cuivre. . .	0 gr. 10 à 0 gr. 40 selon l'âge.
Eau distillée.	80 grammes.
Sirop de menthe . . .	30 —

par cuillerées à café toutes les dix minutes jusqu'à effet.

3° Le *tartre stibié* ou *émétique* ne se donne jamais dans la première enfance car il est trop déprimant. Dans la seconde enfance on peut le prescrire ainsi :

Emetique	0 gr. 01 centigr.
Sucre en poudre.	1 gramme.

Pour un paquet ; à prendre dans un peu d'eau et renouveler toutes les dix minutes jusqu'à effet.

Ou encore :

Tartre stibié.	0 gr. 03 centigr.
Sirop de gomme.	20 grammes.
Eau distillée.	60 —

A prendre en quatre ou cinq fois toutes les dix minutes.

4° L'*apomorphine* a le grand avantage de se donner par la bouche ou en injections sous-cutanées. On prescrira à prendre par la bouche par cuillerées à café d'heure en heure.

Chlorhydrate d'apomorphine. . .	0 gr. 01 centigr.
Sirop de polygala.	30 grammes.
Acide chlorhydrique.	II gouttes.
Eau distillée.	60 grammes.

Comme injections hypodermiques on pratiquera selon l'âge, un quart ou une demi seringue de Pravaz de la solution :

Chlorhydrate d'apomorphine. . .	0 gr. 05 centigr.
Eau distillée	10 grammes.

SOCIALISME. — « ... Que le riche oisif jouissait du travail du pauvre, qui, pour trouver de quoi sustenter sa misérable vie, suait du matin jusqu'au soir, et n'avait pas un moment de relâche. Eh quoi! interrompit Son Honneur, toute la terre n'appartient-elle pas à tous les animaux, et n'ont-ils pas tous un droit égal aux fruits qu'elle produit pour leur nourriture ? Pourquoi y a-t-il des yahous privilégiés qui recueillent ces fruits à l'exclusion de leurs semblables? *et que si quelques-uns prétendent y avoir un droit plus particulier, ne doit-ce pas être principalement ceux qui par leur travail ont contribué à rendre la terre fertile?* — Point du tout, lui répondis-je ; ceux qui font vivre tous les autres par la culture de la terre sont justement ceux qui meurent de faim. » (Swift, *Voyages de Gulliver*, p. 297, édit. Delarue.)

POUR LES PAUVRES. — « M[me] Dufourneau, qui volontiers fait don aux enfants pauvres du quartier des vieux effets de son fils, pince celui-ci descendant l'escalier à cheval sur la rampe. — Paul ! que fais-tu donc là? — Je fais des pantalons pour les enfants pauvres ». (L'*Aurore* du 29 août.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 19 nov. au samedi 25 nov. 1899, les naissances ont été au nombre de 1112 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 424, illégitimes, 178. Total, 602. — *Sexe féminin* : légitimes, 319, illégitimes, 141. Total, 510.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 19 nov. au samedi 25 nov. 1899, les décès ont été au nombre de 886, savoir : 482 hommes et 404 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 6. T. 12. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 1, F. 1, T. 2. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 1, F. 1, T. 2. — Diphtérie. Croup : M. 2, F. 1, T. 3. — Grippe : M. 1, F. 0, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 103, F. 69. T. 172. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 8, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 10, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 27, T. 46. — Méningite simple : M. 5, F. 7, T. 12. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 30, F. 19, T. 49. — Paralysie, M. 2. F. 5, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 39, T. 63. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 7, T. 14. — Bronchite chronique : M. 10, F. 12, T. 22. — Broncho-pneumonie : M. 20, F. 11, T. 31. — Pneumonie : M. 12, F. 10, T. 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 18, T. 38. — Gastro-entérite, biberon : M. 12, F. 6, T. 18. — Gastro-entérite, sein : M. 0, F. 1. T. 1. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 0, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 12, F. 9, T.21. — Sénilité : M. 10, F. 14, T. 24. — Suicides : M. 8, F. 8, T. 16. — Autres morts violentes : M. 13, F. 4, T. 17. — Autres causes de mort : M. 73, F. 61, T. 134. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 1, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 8. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 11. Total : 33.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'anatomie.* — M. le Pr FARABEUF commencera le cours d'anatomie le lundi 4 décembre 1899, à 4 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — *Sujet du cours* : Architecture du corps humain.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1899-1900, des enseignements complémentaires ci-après désignés à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon (fondation de l'Université) : MM. Chandelux, agrégé libre, maladies des voies urinaires ; Doyon, agrégé, physiologie ; Regaud, docteur en médecine, embryologie (conférences).

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — M. Pasquier, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1899-1900, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — Un concours s'ouvrira le 14 mai 1900, devant l'Ecole de médecine et de pharmacie de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — M. Vincent, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1899-1900, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Lefèvre, docteur ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de physique.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. Gibert, docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

COLLÈGE DE FRANCE. — La chaire d'embryogénie comparée du Collège de France est déclarée vacante.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — MM. Seurat et Viré, docteurs ès sciences naturelles sont nommés stagiaires près le Muséum d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1899-1900.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie* : Os maxillaire inférieur. Muscles péroniers latéraux. Muscles fessiers. — *Pathologie* : Fracture des côtes. Examen clinique des urines. Fracture du péroné.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Questions données jusqu'à ce jour : *Anatomie*, 15 novembre, omoplate ; 22 novembre, sacrum et coccyx ; 24 novembre, muscles masticateurs ; 27 novembre, artère poplitée. — *Pathologie*, 16 novembre, vaccine et vaccination ; 21 novembre, fracture du péroné ; 23 novembre, panaris ; 25 novembre, fractures de la clavicule.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours de l'Internat en médecine.* — Le jury, sauf modifications et ainsi composé : MM. Febvré, médecin en chef, Legrain, de l'asile de Ville-Evrard ; Charpentier, Voisin (J.), de la Salpêtrière ; Chaslin, de Bicêtre ; Anger (B.), chirurgien de Beaujon ; Thiroloix, médecin des hôpitaux.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés : *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Moreau, médecin à la Ferté-Bernard (Sarthe) ; Barbès, médecin-major à l'Ecole préparatoire d'infanterie de Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais) ; Patin, médecin à Boulogne-sur-Mer ; Boursot, maire de Nuits (Côte-d'Or) ; Barthès, médecin inspecteur des écoles communales d'Ivry (Seine) ; Cochery, médecin à Romilly (Aube) ; Dupau, médecin à Toulouse.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus dans le corps de Santé de la Marine : Au grade de médecin principal : M. Keisser, médecin de 1re classe, en remplacement de M. le Dr Cartier, retraité. — Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe Lecœur, Duranton, Etourneau, Vergues, Dubois ; — Au grade de pharmacien de 1re classe : M. Gautret, pharmacien de 2e classe. — Les médecins stagiaires dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. Lahaussois, Fürst, Pelegrin, Spindler, Briole, Bénard. — Les pharmaciens stagiaires, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de pharmacien aide-major de 2e classe : MM. Courant et Bertrand, — M. le Dr Emily, médecin de 1re classe de la marine, est inscrit d'office au tableau de concours de la Légion d'honneur pour le grade d'officier. (Services exceptionnels. Mission Marchand).

HOPITAL TEMPORAIRE D'AUBERVILLIERS. — Le Conseil municipal de Paris a voté, le 17 novembre 1899, l'agrandissement provisoire de l'hôpital temporaire d'Aubervilliers pour recevoir les contagieux en attendant l'ouverture de l'hôpital spécial d'Ivry.

UN DISPENSAIRE ET UN HOPITAL LAÏQUES A TCHONG-KING. — Le courrier de Chine arrivé hier a apporté au Ministère des Affaires étrangères les meilleures nouvelles de la mission du Dr Laville, chargé de fonder à Tchong-King, sur le haut Yang-Tsé-Kiang, un dispensaire et un hôpital *laïques*. Cette fondation, dégagée de toute préoccupation confessionnelle, s'adresse à tous les Chinois et permet par conséquent de faire pénétrer notre influence dans des milieux où l'action des missionnaires ne peut pas s'exercer. (Le *Temps* du 26 novembre 1899.)

POURSUITES POUR MAUVAIS TRAITEMENTS A DES ENFANTS-ASSISTÉS. — Le *Petit Journal* relate le fait suivant : « La rumeur publique signalait les mauvais traitements dont deux jeunes pupilles de l'Assistance publique étaient victimes de la part de leurs parents nourriciers, les époux Audinel, cultivateurs à Neauphle-le-Château. M. Poirson, préfet de Seine-et-Oise, ordonna une enquête qui amena la découverte des faits suivants : Maisières et Bellœil, deux enfants, âgés l'un et l'autre de sept ans, avaient été placés, il y a deux mois environ, par l'Assistance publique, chez les époux Audinel. A partir de cette époque, les garçonnets commencèrent à dépérir. Comme ils se plaignaient à leurs petits camarades de la femme Audinel, celle-ci ne les laissa plus sortir. C'est alors que l'administration dut intervenir. Le commissaire chargé de l'enquête a constaté que les pauvres petits avaient été mal nourris, mal soignés et roués de coups. L'examen médical a relevé sur le corps des enfants de multiples ecchymoses. L'état des deux pauvres petits a nécessité leur transport à l'hôpital de Versailles. Le parquet de Rambouillet, saisi de cette affaire, a ouvert une instruction. D'autre part, le préfet de Seine-et-Oise a signé la mise à la retraite du médecin chargé de la surveillance des enfants assistés dans la région. »

SOCIÉTÉS DE SECOURS AUX BLESSÉS. — La guerre du Transvaal et les préparatifs humanitaires que font les diverses Sociétés de secours aux blessés, rendent bien actuels les efforts immenses faits par la Croix-Rouge Française, pour intervenir efficacement après les massacres présents ou futurs, européens ou coloniaux. Depuis 1870, cette Société, dont les efforts généreux sont incessants, a envoyé ou distribué à nos corps expéditionnaires (Tonkin, Madagascar, etc.), ponr plus d'un million d'allocations supplémentaires. Elle a fait pour plus de 600.000 francs de dons aux Sociétés sœurs de la Croix-Rouge pendant les différentes guerres européennes. A cette heure, la Société qui fonctionne par 537 comités et 55.000 membres, recueille 350.000 francs de cotisations annuelles. Elle a constitué, outre un capital d'environ 8 millions, 69 infirmeries de gares, 26 hôpitaux auxiliaires de campagne, un grand nombre d'hôpitaux de territoire et un matériel-lingerie de plus de 1.800.000 francs. La charité aussi est une puissante maitresse. (*Le Journal*).

MORT DE DEUX CENTENAIRES. — Une centenaire populaire dans toute la région du Nord, Mme Aurélie Bruyère, veuve Douay, vient de s'éteindre le 1er novembre à Maubeuge, à l'âge de cent quatre ans et quatre mois. Le décès de Mme veuve Douay met en deuil la corporation des bouchers de Maubeuge. Elle était, en effet, mère, belle-mère, aïeule, bisaïeule, tante, grand'tante de presque tous les bouchers de la ville. (*Le Temps* du 7 novembre 1899.) — Mlle Marie-Louise Mangin vient de mourir, à Vitry-le-Français, à l'âge de 102 ans et 8 mois. Elle était née le 24 ventôse an V (14 mars 1797). Restée célibataire, elle avait une situation de fortune très modeste. (*Le Soleil* du 21 nov.).

MORT ET INCINÉRATION PAR L'ÉLECTRICITÉ. — Un terrible accident vient de se produire à Russey (Doubs). Un ouvrier électricien de nationalité suisse était occupé à réparer le fil de canalisation de l'usine électrique de Goule. Le courant était interrompu. L'ouvrier s'était, pour son travail, attaché au poteau, mais le délai fixé pour la durée du travail étant écoulé, la communication fut rétablie. Un mouvement de l'ouvrier le mit en contact avec le fil principal disposant d'une puissance de 3.000 à 4.000 volts. L'ouvrier fut foudroyé instantanément. Le cadavre, retenu par une courroie au poteau, resta en contact avec le fil et il prit feu. La station de Goule ne put être avisée qu'une heure après, de sorte qu'une pompe fut obligée de fonctionner pour empêcher la combustion complète du cadavre. L'ouvrier était marié et père de quatre enfants. (*Républicain Orléanais*, du 12 octobre.)

LA MENDICITÉ. — *Capucins mendiants.* — Les gendarmes de Villers-Bocage ont arrêté deux capucins cordeliers en flagrant délit de mendicité. Ils ont été aussitôt remis en liberté. Un pauvre diable poussé par la faim, surpris dans le même cas, eut été mis à la disposition de la justice. (*Le Bonhomme normand*, 2 novembre.)

PROPAGANDE MÉDICALE FRANÇAISE DANS LES PAYS SCANDINAVES. — Nous lisons dans le *Temps* du 2 octobre que M. le Dr Huchard, membre de l'Académie de Médecine, est arrivé à Copenhague accompagné du Dr Janicot M. Henri Huchard fait ce voyage en Scandinavie (il ira aussi à Stockholm et à Kristiania) dans un but patriotique. Il désire faire une propagande active pour les villes d'eaux et les stations hivernales françaises. Quoique les stations de cure en France soient supérieures à celles d'Allemagne et de Bohême (Wiesbaden, Carlsbad et Marienbad), les médecins en Scandinavie expédient leurs malades, faute de connaître les stations françaises, aux établissements allemands. M. Huchard veut, en outre, faire une campagne en faveur de l'emploi scientifique de la langue française. M. Huchard a débuté à Copenhague par faire des conférences à la Société de médecine et à l'Alliance française. Tous ses collègues danois y ont assisté et lui ont fait une ovation. Le célèbre dermatologue Ehlers a organisé un banquet en son honneur. Le succès de M. Huchard dans les pays scandinaves ne saurait nous étonner. Nous avons maintes fois signalé dans le *Progrès médical* que nombre de journaux médicaux suédois, norwégiens ou finlandais publiaient en français une analyse des travaux originaux parus dans leur publication. Quant à la propagande en faveur de nos eaux minérales si variées et si riches, il n'y a pas que dans les pays étrangers que la propagande soit nécessaire. La plupart des médecins français ignorent les richesses thermales de leur pays, et il ne nous serait pas difficile de citer de grands Maîtres qui préfèrent envoyer leurs clients dans des villes d'eaux allemandes, qui, certes, ont plus que leurs égales en France. Pourquoi?.... J. N.

LE PRIX D'UN ŒUF GÉANT. — Un œuf d'*Epiornis*, mesurant près d'un mètre de circonférence, a été vendu aux enchères par M. Stevens, à Londres, le mardi 7 novembre; il a été adjugé au prix respectable de 1.100 fr. (*Revue scientifique*, 25 nov. 1899.)

L'ESPRIT DES AUTRES. — *La justice à Lilliput.* — « Ils ont des lois et des coutumes très singulières. La première dont je ferai mention regarde les *délateurs*. Tous les crimes contre l'Etat sont punis en ce pays là avec une rigueur extrême; mais si l'accusé fait voir évidemment son innocence, l'accusateur est aussitôt condamné à une mort ignominieuse, et tous ses biens sont confisqués au profit de l'innocent. Le souverain, de ses propres deniers, et ensuite le trésor de l'Etat viennent compléter pécuniairement cette réparation. » (Swift, *Voyages de Gulliver*, p. 50, édit. Delarue). — « Je ne songeai point à demander la permission de me défendre; j'aimai autant être condamné sans être entendu; car ayant autrefois vu plusieurs procès semblables, je les avais toujours vus terminés *selon les instructions données aux juges, et au gré des accusateurs accrédités et puissants.* » (*Loc. cit.*, p. 70.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Léon BOUBÉE, chevalier de la Légion d'honneur; — M. le Dr JÉGUN, président du Conseil général du Gers, décédé à Gondrin (Gers), l'age de 45 ans, à la suite d'une longue maladie. M. Jégun avait été candidat radical aux élections sénatoriales de janvier 1897; il fut aussi candidat aux élections législatives de 1898; — M. le Dr Gilbert TIRANT, chevalier de la Légion d'honneur, ancien directeur des Affaires politiques et protectorats du gouvernement de l'Indo-Chine; — M. le Dr GARAIX, de Dieulefit (Drôme): — M. le Dr LHOMME, aide-major de 1re classe à Pau; — M. le Dr PENTRAY, médecin de l'état-civil du IIIe arrondissement de Paris, vient de mourir à l'âge de 61 ans.

POSTE DE MÉDECIN VACANT. — A prendre immédiatement excellente situation pour un médecin. Pays composé de gens riches et bons payeurs, 8.000 habitants. Foires tous les mois; marchés hebdomadaires. Logements superbes à prix modérés Pour tous renseignements, s'adresser aux Bureaux du Journal.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies du système nerveux.* — M. GILLES DE LA TOURETTE, agrégé, suppléant M. le Pr Raymond, les mardis et vendredis à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. — Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

ASILE DE VILLEJUIF (Tramway Chatelet-Villejuif). — Service de M. TOULOUSE. — Le mercredi à 9 h. 1/2 visite du service. Conférences cliniques au lit des malades.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL reprendra ses conférences cliniques le samedi 2 décembre à 1 h. 1/2 et les continuera les samedis de chaque semaine à la même heure. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements*, M le Dr MAYGRIER, chef de service. — Enseignement des stagiaires. Visite tous les matins 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le mardi. Lundi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçon clinique à l'amphithéâtre. Le samedi, à 11 heures, conférence de M. le Dr Blondel chef du laboratoire. M. le Dr Maygrier commencera ces leçons cliniques le jeudi 7 décembre 1899, à 10 heures et demie, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

LA

MORT PAR LA DÉCAPITATION

PAR

Le Dr Paul LOYE

Volume in-8 de XI-285 p. — Prix: 5 fr. Pour nos abonnés: 3 fr.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 49. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 9 DÉCEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE MÉDICALE

De quelques accidents nerveux observés au cours du petit Brightisme (*suite et fin*) (1);

Par le Dr **Maurice DE FLEURY**, ancien interne des hôpitaux.

OBSERVATION III (personnelle).

Mal de Bright. — Insuffisance mitrale. — Confusion mentale. — Mélancolie avec idées de suicide. — Amélioration par le régime lacté.

Emile H..., 22 ans. A l'âge de 6 ans, crise de rhumatisme aigu; endocardite, et insuffisance mitrale consécutive.

A l'âge de 7 ans, rougeole.

A partir de l'âge de 10 ans, saignements de nez très violents et très fréquents.

Vers l'âge de 14 ans, Emile H..., en patinant, tomba jusqu'au cou dans l'eau glacée. C'est seulement en 1895 (il avait 18 ans) que fut constatée chez lui la présence de l'albumine à doses variant entre 30 centigrammes et 1 gramme.

En avril 1898, hémorragies nasales très violentes. Peu après, véritables accidents urémiques. A ce moment les analyses donnent une fois 1 gr. 60, une fois 4 grammes, une fois 9 grammes d'albumine.

Le malade est en proie a une dépression profonde qui, par moments, va presque jusqu'au coma. Dans ses meilleurs moments, il ne parle que pour accuser les idées les plus tristes, pour répéter qu'il est le rebut du genre humain, que partout où il passe il est l'objet d'incessantes moqueries. Au dire du médecin qui l'a soigné en province, il a eu à ce moment là de la respiration de Cheynes-Stockes, et un peu d'enflure des jambes.

Le malade ne supporte pas le régime lacté. Tout ce que l'on peut obtenir de lui, c'est que, contre son habitude, il ne boive pas d'alcool, et se tienne à un régime plus végétarien que carné. Sous l'influence de ce régime, les grands accidents urémiques disparaissent, l'albumine diminue, le coma et les idées de persécution, véritable petit délire, rétrocèdent manifestement.

C'est pourtant à cause de son état mental que le malade m'est amené le 8 avril 1899.

Il a le facies hébété, les traits tombants et immobiles, le regard vague. Il a l'air absorbé, distrait, et en effet, il lui est à peu près impossible de fixer son attention, au point qu'il ne peut lire un fait divers dans un journal; il oublie la première phrase à mesure que ses yeux parcourent la seconde. Aussi ne s'intéresse-t-il à rien, et ses journées s'écoulent-elles dans une inaction stupide. Il lui arrive habituellement de faire répéter les questions qu'on lui pose; il y répond d'une voix traînante, articulant avec lenteur la moitié d'un mot, puis le reprenant pour le prononcer tout entier; il lui arrive d'ailleurs fréquemment de donner un mot pour un autre.

Au moral, à ce que me dit sa mère qui l'accompagne, Emile H... est un vaniteux poussant jusqu'à l'invraisemblable le souci de paraître et l'envie d'éblouir; il dépense énormément d'argent en objets de toilette, en voitures et en chevaux, mène un train hors de proportion avec la fortune de ses parents, et bientôt se lasse de tout, pour retomber du jour au lendemain dans l'apathie la plus morne. Ses études ont été si décousues qu'il n'a pu parvenir au baccalauréat. Il a essayé de plusieurs sortes d'études et de carrières, abandonnées aussitôt que choisies. En somme, il ne fait rien de tout le jour, que manger fort gloutonnement, somnoler après les repas, et demeurer dans un fauteuil en ressassant des idées désolées. Il est chroniquement en proie à la mélancolie. Quand il cause avec ses parents il leur parle souvent de se suicider.

En présence de ces symptômes je me suis demandé si je n'avais pas simplement à faire à un dégénéré. Mais l'hérédité d'Emile H... n'est pas chargée. J'ai vu ses ascendants directs, plus un oncle maternel et un autre du côté du père, et vraiment aucun d'eux ne présentait de tares névropathiques bien marquées. Un de ses grands-pères était goutteux, voilà tout

Si j'en crois ses parents, Emile H... fut un enfant tout à fait normal, éveillé, intelligent, et capable de fixer avec suites son attention volontaire jusqu'à l'époque de sa chute soudaine dans l'eau glacée. Bien qu'il ait eu auparavant des saignements de nez, qui peut-être trahissaient déjà l'albuminurie, on est donc en droit de penser qu'il s'agit là, sur un terrain médiocrement prédisposé par l'hérédité, d'accidents cérébraux par intoxication brightique.

En avril 1898, le malade, nous l'avons vu, avait eu, non seulement les troubles nerveux graves de l'urémie, mais encore, un peu de folie brightique (délire des persécutions), que le traitement du mal de Bright, améliora en même temps que l'albuminurie.

J'ai suivi le malade de près du 8 avril au 18 mai 1899, j'ai pu étudier son état mental en relation avec l'état de la tension artérielle, l'état des forces au dynamomètre et la dose d'albumine. J'en ai recueilli le graphique, que l'on trouvera ci-après. On y peut voir que, d'une manière générale, le malade est d'autant plus mélancolique que sa tension artérielle est plus haute, sa force dynamométrique plus basse, sa toxicité urinaire moins grande. Pendant son séjour à Paris, Emile H... a été soumis, sous une surveillance presque constante, à un ré-

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 48.

gime extrêmement sobre. Sur mes instances il a consenti à boire deux litres de lait par jour, à supprimer complètement les apéritifs, les liqueurs et le vin. Il ne mange un bon plat de viande qu'une fois par jour, à midi. Son repas du soir est presque uniquement végétarien. Tous les jours une douche électrique légère sur la région précordiale et une injection sous-cutanée de sérum artificiel sans acide phénique. Au bout d'une semaine environ, Emile H... s'est senti assez bien pour entreprendre, sous ma surveillance, un petit travail de critique littéraire qui le tentait depuis quelque temps. Ce travail, sans être transcendant, n'était ni trop décousu, ni trop dénué de sens. Il fut achevé peu de jours avant le départ d'Emile H... pour la province.

Vers la fin du mois d'avril, Emile H..., assez violemment contrarié, se remit à boire de l'alcool pendant deux ou trois jours. Il eût à cette occasion, une forte rechute d'idées noires avec ascension marquée de la pression artérielle qu'on retrouve sur le graphique. Quant il m'a quitté le 18 mai, il ne restait plus traces de cet incident. Le malade, extrêmement amélioré au point de vue mental, pensait librement, lisait et

Précisément parce que ce malade tolérait mal le régime lacté absolu, il a été possible chez lui d'avoir des chiffres comparés de toxicité urinaire. (On sait que le régime lacté intégral réduit de beaucoup la toxicité physiologique des urines).

Sous l'influence d'un régime simplement composé de choses aisées à digérer : d'œufs, de poissons légers, de viandes rôties bien cuites, de légumes verts et secs en purées tamisées, sous l'influence de la suppression du vin, et de l'absorption de deux litres de lait qui augmenta la diurèse et contribua, avec les injections salines, au lavage du sang, le malade s'améliora physiquement et mentalement.

A deux reprises, Emile H..., eut l'imprudence de reprendre de l'alcool, et chaque fois il en fut puni par un retour très marqué de ses idées noires et de sa confusion mentale. Ces deux rechutes, la première très brève, la seconde un peu plus importante, se traduisent fidè-

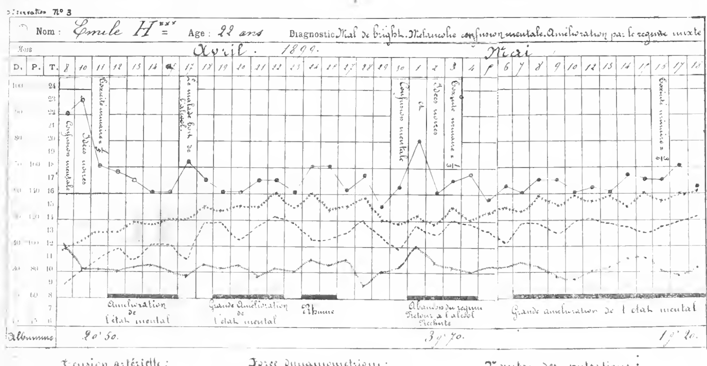


Fig. 40.

écrivait sans fatigue, parlait à peu près sans hésitation, reprenait goût à vivre, et concevait, non sans quelque raison, l'espoir de suivre une carrière. A ce moment sa toxicité urinaire s'était sensiblement rapprochée de la normale.

Tout au début du traitement le 11 avril, il fallait 245 c.c. de cette urine pour 1 kilogramme de lapin; la toxicité était donc environ égale à un cinquième de la normale.

Au moment de la rechute dans les premiers jours de mai, elle était de 1/3 de la normale, puisqu'il fallait 157 c.c. par kilogramme de lapin.

Le 16 mai, au moment où le malade allait me quitter, sa toxicité urinaire égalait à peu près les 3/4 de la normale, soit 82 c.c. par kilogramme de lapin.

Le régime alimentaire était sensiblement le même à ces trois périodes du traitement.

Voici donc un cas où la confusion mentale et la mélancolie semblent être nettement sous l'influence de l'intervention brightique, puisque le cerveau se dégage et retrouve l'intégrité de sa fonction à mesure que l'urine élimine plus complètement les déchets toxiques de l'organisme.

lement au graphique par une ascension de la tension artérielle. La force dynamométrique augmente, au contraire, à mesure que le malade va mieux.

Observation IV (Personnelle).

Petit mal épileptique par petit Brightisme.

M. François V...; commis de banque, 51 ans. *Antécédents héréditaires*: père mort de tuberculose, la mère a dû être hystérique. *Antécédents personnels*: avant l'âge de 50 ans, le malade ne paraît avoir eu aucun accident nerveux. Sans doute il se montrait volontiers impatient mais il n'avait pas de grandes colères ni d'autres troubles mentaux dont sa femme ait gardé le souvenir. D'après lui il n'est malade que depuis la fin de 1898. Mais quand on fouille son passé on apprend que, depuis 5 ou 6 ans, il était devenu singulièrement frileux; parfois en hiver il lui arrivait d'avoir le phénomène dit « du doigt mort »; il avait aussi des fourmillements dans les membres, surtout dans les membres supérieurs et de fréquentes démangeaisons à la peau. Il avait toujours eu bon appétit et voilà qu'à présent il devenait presque glouton; il mangeait beaucoup, buvait sec pour se soutenir, car, en même temps, il

sentait ses jambes devenir molles et pesantes. D'autre part, ses idées semblaient plus confuses et il les exprimait moins bien comme si la langue s'était empâtée. Il n'avait pourtant nulle part de paralysie localisée.

En novembre 1898 (le 18), sa femme remarqua que le matin, au premier déjeuner, il cessait tout à coup la phrase commencée, que sa figure pâlissait tandis que ses traits demeuraient immobiles et que ses yeux, convulsés en haut, ne laissaient apercevoir que le blanc de la sclérotique; en même temps, ses deux mains se tendaient en avant d'un geste lent, les poings fermés. Cela dura au moins une minute, dit sa femme, puis ses bras retombèrent il passa sa main sur son front comme s'il venait de dormir; son teint se colora de nouveau, et il se remit à parler comme devant.

Ce fut là sa première attaque à proprement parler; mais en réalité depuis un ou deux mois déjà, François V..., avait de temps à autre de petits symptômes singuliers auxquels sa femme n'avait point attaché d'importance. C'est ainsi qu'il lui arrivait assez fréquemment de s'arrêter brusquement au milieu d'une phrase, en pâlissant, de bredouiller quelques syllabes inintelligibles, de clignoter des yeux pendant une seconde, puis de reprendre le cours de sa conversation. Mais on jugeait cela plutôt étrange que maladif. Le 18 novembre, pour la première fois, sa femme comprit qu'il s'agissait là d'un état pathologique. Comme cette crise se reproduisait tous les 8 ou 10 jours, elle consulta un premier médecin qui ne formula point de diagnostic et conseilla uniquement de lui faire respirer de l'éther. En décembre, les attaques devinrent plus fréquentes, sans que chacune d'elles prît un caractère plus grave, c'est à peine si, une fois ou deux, le malade a eu quelques secousses dans les bras; sa femme affirme qu'il ne lui est pas arrivé une seule fois de tomber. Elle a pris note de toutes les crises auxquelles elle a assisté et de celles que lui signalaient régulièrement les camarades de bureau de son mari. En voici la nomenclature.

Décembre 1898. — Le 10, une crise. Le 13, une crise, Le 15, deux crises. Le 17, une crise. Le 18, une crise. Le 19, deux crises. Ce jour-là, Mme V..., conduit son mari chez un médecin, qui diagnostique le petit mal épileptique, et qui prescrit: « 3 grammes de bromure par jour : augmenter progressivement jusqu'à 5 grammes; régime tonique, préparation de kola, vin vieux de Bordeaux à tous les repas. »

Il ne semble pas que François V..., ait été amélioré par ce traitement bromuré. Une attaque le 21, le 23, deux, le 24, deux, le 26, trois. le 27, une, le 28, deux, le 30, trois, le 31.

Deux, le 1er janvier, quatre, le 2, (le malade, s'est gorgé de bonbons ces deux derniers jours), trois le 3 janvier.

Le 4, le malade vient à ma consultation. L'examen ne révèle rien de bien particulier notamment au point de vue d'un traumatisme sur le crâne, jamais le malade n'a fait de chute, ni reçu de coups susceptibles de déterminer une fracture ou une fêlure, Rien ne permet de croire à de la tuberculose des méninges, ni à un autre mode de compression directe de l'écorce grise. François V..., qui paraît sincère, affirme n'avoir jamais eu aucun signe de syphilis.

On constate simplement un assez fort dégré d'hyperchlor-

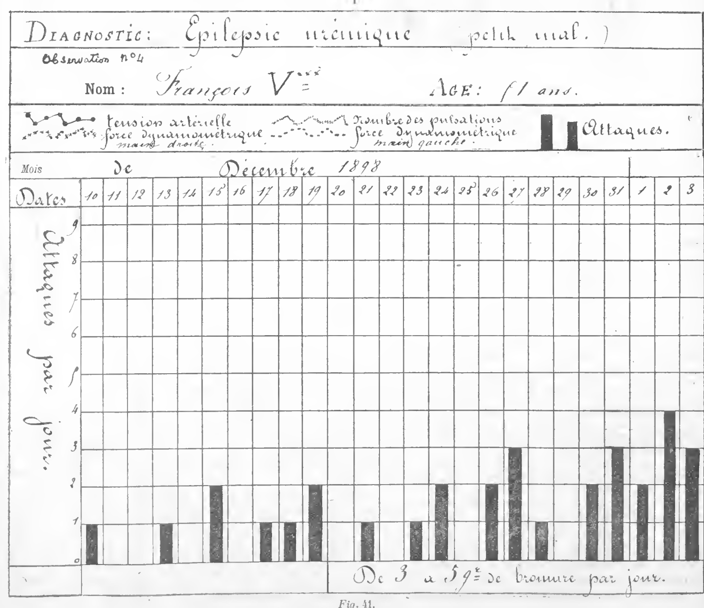


Fig. 41.

Janvier 1899

D. P. T

Urine de 24 heures = 750 gr
Albumine = 0,70

Urine = 950 gr
Albumine = 0,80

Urine = 1100 gr
Albumine = 0,80

Urine = 1800 gr
Albumine = traces

Urine = 2100 gr
Albumine = 0,10

Régime sec, carné, végétarien.

Régime

Fig. 42.

Février 1899.

Urine = 1800 gr
Albumine = traces

Urine = 2300 gr
Albumine = traces.

Urine = 1950 gr
Albumine = traces

Urine = 1800 gr
Albumine = traces

lacté.

Régime mixte.

Fig. 43.

hydrie stomacale avec foie un peu gros; l'impulsion du cœur est forte et vibrante, la tension artérielle très haute 23 à 24 c. de mercure ; 62 pulsations à la minute, le malade qui accuse une grande lassitude des membres inférieurs, ne serre que faiblement le dynamomètre pour un homme de son âge et de sa corpulence (89 kilogrammes).

Outre les vins toniques et médicamenteux qu'il prend, François V... m'avoue faire assez copieux usage d'apéritifs et de bière. Je m'efforce de lui faire comprendre qu'il ne guérira pas sans renoncer à tout cela et comme il est très affecté par la récente multiplication de ses crises, il promet de se soumettre entièrement au régime que l'on connaît (viandes grillées et roties, légumes en purées, fruis cuits, eaux alcalines; boire surtout en dehors des moments de la digestion). Je porte la dose de bromure à 8 grammes par jour. Comme je soigne ce malade gratuitement je n'ai pas de scrupules à le faire venir tous les jours, même le dimanche matin, afin de suivre de très près les modifications apportées par le traitement, et d'obtenir un graphique sans lacunes.

Les premiers résultats du traitement n'ont pas été satisfaisants. Pourtant la pression artérielle s'est un peu détendue, sans doute, le malade n'a eu en neuf jours que 12 crises (au lieu de 20 pendant les neuf jours précédents.)

Le 8 ou le 9 janvier, comme j'interroge à nouveau le malade sur certains de ses antécédents, sa femme et lui sont amenés à me parler des symptômes du petit brightisme que nous avons énumérés plus haut. Je prescris aussitôt l'examen des urines, et l'analyse m'est apportée le 11. Entre autres choses intéressantes elle révèle que la malade ne rend en 24 heures qu'environ 750 grammes d'urine, contenant 0,70 d'albumine. Le jour même le malade consent à adopter le régime lacté intégral (environ 3 litres par 24 heures). En même temps je supprime presque complètement le bromure (seulement 1 gramme par jour, au réveil) je continue simplement l'électrisation statique et les injections salines en supprimant l'acide phénique du sérum de Chéron.

Cette fois, le résultat est tout à fait satisfaisant.

Le 13, le malade rend 950 grammes d'urine avec 0,80 d'albumine, Le 15, 1.100 grammes d'urine avec 0,20 d'albumine. Le 20, 1.800 grammes d'urine et traces non dosables d'albumine. Le 27, 2.100 grammes d'urine et environ 0,10 d'albumine.

Le 2 février, 1.800 grammes d'urine et traces non dosables d'albumine. Le 9, 2.300 grammes d'urine et traces non dosables d'albumine. Le 16, 1.950 grammes d'urine et traces non dosables d'albumine.

Enfin le 22, le régime lacté étant remplacé depuis six jours par le régime lacto-végétarien, 1.800 grammes d'urine et traces non dosables d'albumine.

Cependant la pression artérielle s'est considérablement détendue ; elle oscille à présent entre 16 et 18 centimètres. En revanche le pouls qui ne battait que 60 ou 62 donne 80 et même 90 à la minute. Les forces ont fait de remarquables progrès: la main droite au lieu de 35, 38 et 40 qu'on obtenait au commencement de janvier, donne à fin février 50 et quelquefois un peu plus; la main gauche suit, avec des oscillations à peu près parallèles.

Quant au nombre des attaques il s'est espacé comme suit :

Janvier. — le 4, deux attaques, le 5, deux attaques, le 6, une attaque, le 7, une attaque, le 8, deux attaques, le 10, deux attaques, le 11, une attaque, le 12, une attaque. Ici commence le régime lacté.

Le 13, deux attaques, le 15, une attaque, le 16, une attaque, le 19, une attaque, le 22, une attaque, le 23, une attaque, le 28, une attaque.

Février. — Le 4, une attaque, le 13, une attaque.

J'ai perdu le malade de vue dans les premiers jours de mars, mais, quelque ait pu être son sort dans l'avenir, l'expérience me parait tout à fait concluante, puisque le régime lacté, accompagné d'une dose insignifiante de bromure, nous a donné la suppression presque complète des attaques, ce que n'avait pu faire une dose 8 fois supérieure de préparation bromurée.

En résumé: Du 25 décembre au 4 janvier, de 2 à 5 grammes de bromure, vins toniques, 20 attaques.

Du 4 janvier au 13 janvier, 8 grammes de bromure, régime et eau pure, 12 attaques.

Du 13 janvier au 22 janvier, 1 gramme de bromure, régime lacté intégral, 5 attaques.

Du 22 janvier au 31 janvier, 1 gramme de bromure, régime lacté intégral, 3 attaques.

Du 31 janvier au 9 février; 1 gramme de bromure, régime lacté intégral, 1 attaque.

Du 9 février au 19 février, 1 gramme de bromure, régime lacté intégral, 1 attaque,

M. Feré estime que de tels faits ne sont pas rares; la plupart des neurologistes tendent tous les jours un peu plus à ne voir, dans les phénomènes convulsifs de l'urémie, qu'une variété de la névrose comitiale. Dans ses leçons du mardi à la Salpêtrière, M. le Pr Raymond a souvent insisté sur l'épilepsie urémique. Mais je ne crois pas qu'on ait encore publié d'observation aussi suivie du petit mal épileptique développé sous l'influence du petit brightisme, et s'améliorant en même temps que lui sous l'influence du même traitement.

Voici donc quatre malades présentant tous les quatre les symptômes suivants :

Fatigue dans les membres, très forte tension artérielle, ardent appétit, digestion malaisée; somnolences diurnes et insomnies nocturnes; fourmillements, doigts morts, urines rares, hypotoxique, légérement albumineuse;

et atteints :

L'un d'hémiparésie droite avec troubles de la parole et même aphasie transitoire; le second, de mélancolie avec idées de persécution ; le troisième de confusion mentale et de mélancolie; le quatrième, de petit mal épileptique.

Nullement améliorés par le traitement ordinaire de ces trois affections, ces malades ont vu tout cet ensemble symptomatique s'améliorer très nettement sous l'influence du régime lacté renforcé ou non d'injections de pilocarpine ; et les mêmes symptômes n'ont pas manqué de reparaître peu après que le lait a été abandonné.

On est donc, je crois bien, en droit de conclure qu'il s'agit là de troubles cérébraux par intoxication brightique, en d'autres termes, de petite *urémie nerveuse*, déterminant comme la grande, mais à un degré moindre, ici des phénomènes paralytiques, là de la dépression et de la confusion mentales, et là enfin des troubles convulsifs.

La méconnaissance de cet état d'intoxication, qui bien souvent ne s'accompagne que de très petites doses d'albumine, peut exposer les praticiens à des erreurs de diagnostic et à des insuccès thérapeutiques. Ils trouveront un guide précieux dans l'étude de la pression sanguine et de la toxicité urinaire.

Médecins conseillers généraux. — Le Dr Bouty, radical, a été élu conseiller général du canton de Nant (Aveyron) par 1.069 voix contre 649 à M. de Corneillan, rallié, sur 2.295 électeurs inscrits, 1.726 votants et 1.721 suffrages exprimés. Il s'agissait de remplacer M Jugla, décédé. (*Le Temps* du 28 novembre 1899.)

Une Centenaire. — Les journaux du Calvados annoncent qu'une centenaire, habitant Crèvecœur-en-Auge, Mme veuve Putot, est morte ces jours-ci. Elle était née en 1797. (*Le Soleil* du 28 novembre 1899.)

Une demi-mondaine variolée. — On demande au Dr M.., des nouvelles d'une demi-mondaine atteinte d'une petite vérole qui probablement laissera sur sa figure des traces indélébiles. « La pauvre petite, répondit le docteur, je ne crois pas que ses jours soient en danger, mais je désespère de ses nuits. » (*Lyon médical*, du 22 octobre 1899).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos des incidents du Concours de l'Internat.

L'internat des hôpitaux est avec raison très envié, non à cause du titre d'ancien interne, qui à lui seul ne prouve rien, mais parce que l'internat permet à l'étudiant laborieux de bénéficier pendant quatre ans des ressources énormes des hôpitaux parisiens et des leçons quotidiennes de maîtres distingués qui le considèrent plus comme un collaborateur et un ami que comme un élève. Il serait à souhaiter que les places d'internes fussent plus nombreuses, l'intérêt public d'abord, le corps médical ensuite y gagneraient, le prestige de l'internat dut-il en pâtir? Malheureusement il n'en est pas ainsi, les places sont rares et par conséquent chaudement disputées, si chaudement disputées que certains candidats, trop nombreux dans ces dernières années, n'hésitent pas à avoir recours à des manœuvres déloyales pour s'assurer une place qui ne devrait être que la récompense de leur travail. M. Broca flétrissait en excellents termes dans la *Gazette hebdomadaire* du 3 décembre, ces mœurs déplorables et la coupable faiblesse des jurys et de l'Administration qui, au lieu de réprimer vigoureusement ces actes déshonnêtes, véritables vols au détriment de camarades plus méritants, permettaient à des candidats félons de concourir de nouveau et d'atteindre par chance ou par protection, l'année suivante, la place qu'ils avaient cherché à escroquer quelques mois auparavant. Les exemples sont nombreux et le mépris de leurs collègues n'a pas toujours fait une justice suffisante de ces malfaiteurs pour nous servir de l'expression de M. Broca. Cette année, la mesure a été comblée, la malhonnêteté de certains candidats s'est haussée jusqu'au cambriolage des copies, le concours est interrompu, la justice instruit et la police recherche. Espérons que le coupable sera puni sévèrement, c'est-à-dire comme il le mérite. Mais le plus important dans toute cette déplorable histoire, c'est la réparation du mal causé. Comment continuer le concours? Comment procéder à la nomination des internes en sauvegardant les intérêts de tous et en respectant les droits déjà acquis? Le Conseil de surveillance de l'Assistance doit trancher ce problème difficile et l'on peut affirmer d'avance que quelle que soit la solution, il y aura toujours de nombreux mécontents. Au premier abord, il semblerait équitable de recommencer entièrement le concours. Mais il est certain que les nombreux candidats déjà bien notés auraient le droit de se plaindre, ils ne sont pas responsables de ce qui est arrivé, et le malfaiteur encore inconnu qui ne peut être qu'un candidat évincé, pourrait bénéficier de sa mauvaise action.

D'autre part, ceux qui font leur service militaire et qui passent leurs épreuves tout au début du concours, ne pourraient recommencer, ou s'ils en obtenaient la permission, se trouveraient dans des conditions d'infériorité manifeste.

La solution qui nous paraît la plus juste est la suivante : Le concours actuel de l'internat serait considéré comme terminé, un nombre d'internes proportionnel au nombre de copies lues et notées, serait nommé. Un second concours serait ouvert pour les places restant vacantes, et seuls les candidats dont les copies ont été détruites pourraient y prendre part. Peut-être serait-ce là le moyen de réparer le plus équitablement le dommage causé aux candidats sérieux du présent concours?

Nous ne saurions admettre avec la *Semaine médicale* la suppression du concours de cette année, il est des candidats dont les familles peu aisées s'imposent de dures privations, pour leur permettre d'arriver jusqu'à l'internat, ces candidats sont souvent les plus méritants, et certainement les plus intéressants, et la suppression du concours de 1899 serait pour eux une cruelle déception et beaucoup ne pouvant prolonger d'un an leurs études médicales abandonneraient le concours et verraient leur avenir compromis. (Voir la décision du *Conseil de Surveillance*, p. 458.)

J. Noir.

Enseignement de l'anatomie.

Pour que cet enseignement puisse être fait d'une façon parfaite, il est indispensable que les Facultés et les Ecoles préparatoires de Médecine soient suffisamment approvisionnées en cadavres. Dans nos derniers rapports sur le budget de l'asile d'aliénés de Villejuif, nous avons relevé les dépenses exagérées faites par l'Asile pour l'inhumation des corps de malades abandonnés par les familles. Nous en avons profité pour signaler l'utilité, au point de vue de l'enseignement et dans l'intérêt social, de remettre ces corps à la Faculté de Médecine, au lieu de faire une dépense quelconque pour leur inhumation et d'encombrer le cimetière. Voici le passage de notre rapport qui mérite, croyons-nous, d'attirer l'attention de M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté :

« Nous demandons à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés la permission de lui rappeler les réflexions que nous lui avons soumises l'an dernier (*Procès verbaux*, p. 247) sur le chiffre élevé de la dépense des frais de sépulture : « Cette dépense est due, disions-nous, à ce qu'un nombre toujours plus grand de familles refusent de faire les frais des enterrements et les laissent à la charge de l'asile. Nous estimons qu'il y a là un abus et que rien n'oblige le département à prendre ces frais à sa charge. En pareil cas, de même que dans les hôpitaux et hospices de Paris, les corps des personnes dont la famille refuserait de faire les frais d'inhumation, devraient être livrés à la Faculté de Médecine de Paris qui se chargerait des frais de transport L'asile n'aurait rien à débourser. La Faculté, manquant de sujets pour les études anatomiques et pour la médecine opératoire, s'empresserait de répondre à l'appel de l'asile. C'est d'ailleurs ce qui se fait à l'asile de Sainte-Gemmes, près d'Angers, qui abandonne les corps non réclamés à l'Ecole de Médecine. C'est ce qui se fait encore pour les asiles d'Armentières et de Bailleuil, dans le Nord, dont les corps non réclamés sont remis à la Faculté de Médecine de Lille. Nous espérons que l'an prochain l'Administration nous dira ce qu'elle a fait à cet égard. »

Par les exemples que nous avons cités, on voit que nous ne réclamons que l'application à Paris d'une pratique adoptée ailleurs. Nous croyons aussi que la Faculté devrait également recevoir les corps non réclamés de l'Asile clinique et des asiles de Vaucluse et de Ville-Evrard, et bientôt du Ve asile dont la moitié sera ouverte dans quelques mois.

Bourneville.

Clinique des maladies mentales : M. le Pr Joffroy.

M. le Pr JOFFROY a repris le 17 novembre ses leçons de clinique des maladies mentales, devant une nombreuse assistance et les continuera les lundis et vendredis à 2 heures et demie. L'éminent professeur a vivement intéressé son auditoire dans sa leçon d'ouverture, en traitant de quelques considérations de pathologie générale relatives aux affections nerveuses et mentales, et en particulier aux maladies convulsivantes. Les principaux points qui ont été exposés sont les suivants :

Parmi les maladies auxquelles l'homme est exposé, il en est certaines qui peuvent se développer sans prédisposition héréditaire : rougeole, scarlatine. D'autres, même des maladies infectieuses, n'attaquent que certains individus préparés : tuberculose. Certaines affections trophiques sont de ce groupe : goutte, rhumatisme chronique; les affections nerveuses sont à citer en première ligne (chorée, hystérie, épilepsie, paralysie générale, vésanies).

La dégénérescence n'est pas toujours évidente, mais se traduit par des réactions spéciales des individus. La syphilis produit des accidents très différents selon la prédisposition de chacun. C'est dans la dégénérescence qu'il faudra chercher l'explication des phénomènes convulsifs qui éclatent à l'occasion d'intoxications (éclampsie, plomb, mercure, morphine, alcool). La prédisposition est même un élément dont il faut tenir le plus grand compte en médecine expérimentale et le mode de réaction de différents animaux de la même espèce en est bien la preuve. L'épilepsie n'est pas une maladie, mais bien plutôt une aptitude du système nerveux à réagir par des convulsions en présence de causes très diverses.

L'organisme humain réagit différemment vis-à-vis des mêmes causes : ses aptitudes pathologiques sont diverses et elles constituent ce qu'on peut appeler la dégénérescence. X.

Cours d'anatomie : M. le Pr Farabeuf.

Lundi, à 4 heures du soir, au grand Amphithéâtre de la Faculté, M. le Pr FARABEUF, devant une assemblée nombreuse, a fait la leçon d'ouverture de son cours d'anatomie. Après avoir expliqué le retard apporté à son cours, par la fatigue et la maladie, le savant maître a tracé en quelques lignes le plan qu'il suivra pour son programme. Il étudiera cette année l'architecture du corps humain. Deux facteurs, d'importance capitale, sont indispensables au bon fonctionnement de la machine humaine, la solidité et la mobilité; deux facteurs par conséquent que l'on trouvera partout réunis et associés; d'une part un squelette, dont les pièces se sont élargies au niveau des points d'appui et qui sont fixées dans leurs positions par des ligaments fibreux inextensibles: d'autre part le cartilage diarthrodial, les ligaments élastiques (jaunes) et les muscles surtout, assurant par leur élasticité le fonctionnement régulier des jointures.

LE CORSET. — Le Ministre de l'Instruction publique de Roumanie vient d'adresser aux directrices des Écoles de jeunes filles une circulaire ainsi conçue : « Les expériences basées sur la science et sur la pratique ayant établi que le corset est nuisible à la santé, qu'il est un obstacle permanent au développement du corps et à l'activité des organes de la respiration, j'arrête que vous devez interdire strictement l'usage du corset aux élèves de votre établissement. »

M. Leygues, qui est très versé dans les choses féminines, ne suivra-t-il pas l'exemple de son collègue roumain? La Ligue contre l'usage du corset (rien de commun avec la Ligue des poires) lui décernerait une médaille d'or. (*L'Aurore*, 23 octobre 1899.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 novembre 1899.

Sur un cas d'endothéliome des os.

M. Paul BERGER présente un cas d'endothéliome des os dont il n'existe dans la littérature médicale française, que deux observations dues l'une à MM. Poncet et Dor (de Lyon), l'autre à M. Gross (de Nancy). « Une femme de 54 ans, après quelques mois de vives douleurs dans le bras gauche, présente une fracture spontanée au tiers supérieur de l'humérus; bientôt apparaît en ce point une tumeur pulsatile qui nécessite la désarticulation de l'épaule. A peine la malade est-elle guérie qu'on voit se développer une nouvelle tumeur pulsatile au niveau de la région frontale gauche, et qu'une autre tumeur, également pulsatile, se montre à la région trochantérienne gauche qui, même avant l'apparition de la première tumeur, avait été le siège de quelques douleurs. Cette tumeur détermine bientôt la production d'une fracture spontanée du fémur. Des hématuries, des hémoptysies indiquent la généralisation de la néoplasie et la cachexie terminale. L'examen histologique de la tumeur humérale montre que c'est un endothéliome à forme alvéolaire. L'endothéliome des os présente quelques caractères cliniques qui, sans être constants, sont assez souvent réunis. Ce sont des tumeurs à développement rapide; elles déterminent souvent de bonne heure des fractures spontanées aux points où elles se développent. Elles présentent des pulsations artérielles, une expansion à l'auscultation du souffle, qui s'observent non seulement dans la tumeur originale mais dans les tumeurs secondaires; elles constituent donc une variété des anévrismes des os. Enfin, elles sont parfois multiples d'emblée, comme il est probable dans notre cas. Ce sont des tumeurs éminemment malignes; l'amputation même éloignée du membre ne met pas toujours à l'abri de leur récidive ou de leur généralisation. PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er décembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. MÉGNIN.

M. GRÉHANT a fait absorber à des chiens par l'estomac des doses variées d'*alcool* en solution à 10 0/0. L'absorption du liquide est très rapide, et cinq minutes après l'alcool est décelé dans le sang par le procédé de Néclou; au bout d'une heure, quelle que soit la quantité ingérée, il y a une quantité constante d'alcool dans le sang et la présence durera d'autant plus que la quantité ingérée fut plus forte.

M. TISSIER présente le *bacillus bifidus communis*, nouveau bacille anaérobie strict, trouvé dans les selles des nourrissons normaux; il décroît dans les diarrhées. Il lui attribue la réaction chromophile d'Esterich car le bacille la produit toujours, et quand il y a coli-bacille, il est encore numériquement le plus abondant.

M. COYON étudie, dans la flore de l'estomac, le *sarcina ventriculi* : Cette sarcine qui se trouve très fréquemment n'attaque ni l'albumine du blanc d'œuf, ni la fibrine, ni le gluten. Aux dépens des peptones, elle produit des acides lactique, acétique, un peu d'acide formique et butyrique. Elle ne transforme ni l'amidon, ni la dextrine et ne produit dans ces milieux ni alcools, ni aldéhydes, ni acétones. La sarcine a donc un pouvoir de fermentation peu intense. Dans l'estomac l'action peut être un peu différente à cause des actions associées des microbes; il peut cependant être utile de connaître le rôle de chacun des agents.

M. MANQUAT a fait sur les *impaludés de Madagascar* des recherches dans l'urine afin de déterminer suivant la dose, le véhicule et la nature du sel de quinine employé, la durée et l'importance des réactions quiniques. Le sel fut donné en cachet; l'urine analysée d'heure en heure par

les procédés de Bouchardat et de Mayer. Malgré des variations individuelles, le sel (chlorhydrate ou sulfate) est manifeste dans toutes les urines au bout d'une heure, s'accentue et se maintient pendant trois heures ; l'élimination est massive et diminue brusquement.

M. Anglas décrit l'histogénèse des muscles invaginaux des hyménoptères. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 décembre 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Prophylaxie de la syphilis.

M. Fernet approuve les critiques adressées par M. Fournier à nos consultations hospitalières actuelles relativement à la syphilis. Mais il signale également leur insuffisance relativement aux tuberculeux. Pour le traitement de ceux-ci tout est à faire. Or ils ne sont ni moins intéressants par eux mêmes ni moins dangereux comme contagion que les syphilitiques. M. Fernet insiste également sur la nécessité de réserver les consultations aux malades indigents et nécessiteux. Par contre il n'approuve pas la multiplication d'hôpitaux spéciaux ni le concours spécialisé pour les places de vénéréologistes.

M. Panas approuve pleinement les conclusions de M. Fournier. Pour l'ophtalmologie il signale l'insuffisance des services actuels. Il demande la création d'agrégés spécialisés dans cette science.

M. Hallopeau préconise plutôt l'amélioration des consultations actuelles, que la création de services nouveaux. Il demande surtout que les syphilitiques soient avertis discrètement par le médecin, indirectement par des affiches apposées dans la consultation du danger de contagion qu'ils offrent pour leur entourage.

L'arsenic normal de l'organisme.

M. Gautier montre que l'arsenic se rencontre à l'état normal à doses très minimes, mais pondérables, dans le cerveau et le corps thyroïde, et à doses encore plus minimes dans la peau. On peut en trouver également de très petites quantités dans le thymus, mais il n'en existe aucune trace dans les autres viscères. L'arsenic est à l'état d'arsénucléine (combinaison d'arsenic et de nucléine) qui, à côté des nucléines phosphorées ordinaires, joue dans le noyau un rôle important et même nécessaire. En effet, dans les diverses maladies des viscères, où l'arsenic existe normalement et disparaît pathologiquement, l'administration d'arsenic est nécessaire et donne de bons résultats. Les divers organes semblent donc présenter des fonctions spécifiques latentes, dans lesquelles interviennent des réactions chimiques caractérisées par la présence et la fixation dans certaines cellules de certains corps chimiques spéciaux. Tel est le cas pour le manganèse qu'on rencontre dans certains ferments oxydants, pour l'iode qu'on trouve dans le corps thyroïde, le fluorure dans les os, l'arsenic dans le cerveau, la peau et le corps thyroïde. Cette conception, reposant sur des analyses chimiques rigoureuses, permet de constituer des médications spécifiques destinées à fournir aux divers systèmes le corps chimique indispensable qui leur manque dans tel ou tel cas déterminé. Enfin, au point de vue médico-légal, ces notions ont leur importance. On ne peut pas doser en bloc l'arsenic des divers viscères mélangés, puisqu'on peut à l'état normal rencontrer des doses appréciables d'arsenic dans le corps thyroïde, la peau et le cerveau.

M. Brouardel rappelle que depuis longtemps il a signalé la nécessité d'examiner séparément et de ne pas mélanger les viscères dans les expertises médico-légales. Les analyses de M. A. Gautier donnent à cette règle une sanction nouvelle.

Pharyngite granuleuse et arthritisme.

M. Marage étudie les relations de la pharyngite granuleuse avec l'arthritisme et l'hypéracidité de l'urine.

Le courant ondulatoire en gynécologie.

M. Apostoli signale l'action analgésiquo et résolutive de ce courant. Il est moins brusque et mieux toléré que les courants ordinaires.

Les bromures alcalins dans l'épilepsie.

M. Laborde signale le grand intérêt des recherches de MM. Richet et Toulouse sur l'influence qu'a une alimentation pauvre en chlorure de sodium sur la tolérance pour le bromure. Pratiquement dans l'épilepsie on obtient de longs arrêts sans accidents par le bromure de strontium dont l'action est semblable, mais beaucoup plus considérable que celle du bromure de potassium ou de sodium. Le bromure de strontium peut être donné à haute dose sans qu'on observe les accidents d'intoxication qui surviennent avec le bromure de potassium. Les sels de strontium ne sont point, comme on le croyait autrefois, des sels toxiques. On peut donner 4 grammes d'emblée de bromure de strontium et arriver progressivement jusqu'à la dose de 8 à 10 grammes *pro die* sans inconvénient. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er décembre 1899. — Présidence de M. Troisier.

Bronchite membraneuse aspergillaire.

M. Rénon a eu l'occasion de voir avec M. Devillers (de Guise), une trieuse de grains de 39 ans, atteinte d'une bronchite membraneuse dûe à l'aspergillus fumigatus. Cette malade, depuis plusieurs années, se plaignait de ressentir dans la bouche un goût de moisi. L'an dernier cette malade atteinte de bronchite, expulsa en toussant des membranes blanc-verdâtres et sans ramifications qui sont formées par le mycelium et les spores de l'aspergillus sans autres microorganismes. Les inoculations tentées par M. Rénon ne lui permettent pas de douter de l'origine aspergillaire de la maladie qui est dûe à une contamination par les grains, contamination favorisée par les locaux tout particulièrement humides qu'habitait la malade.

Pigmentations chez une morphinomane.

M. Thibierge présente une malade qui a été atteinte de syphilis et qui porte à la partie supérieure des cuisses des taches symétriques pigmentaires analogues aux taches de tatouage. M. Thibierge est persuadé que ces taches sont dûes à des grains de poussière introduits dans la peau par cette femme en se faisant des piqûres de morphine. Le microscope et les réactifs employés par l'auteur, le portent à émettre cette hypothèse.

M; Variot croit que ces taches peuvent être dues à l'oxyde de fer provenant de l'emploi d'aiguilles mal entretenues.

M. Marie montre une malade aussi morphinomane atteinte de taches pigmentaires analogues et qui seraient d'origine éruptive.

Adéno-lipomatose systématique.

MM. Pagniez et Thibierge présentent un homme de 45 ans environ atteint d'adéno-lipomatose systématique à prédominance cervicale. Ces masses lipomateuses forment un double collier au niveau du cou, elles existent au niveau du triangle de Scarpa et des parois abdominales antérieures thoraciques. Peu de lymphocytes à l'examen du sang. Le malade a été deux fois interné à Ville-Evrard pour des troubles mentaux.

M. Dalché fait remarquer qu'il a déjà observé ce malade.

M. P. Marie a eu l'occasion d'étudier un malade de ce genre et il se demande si l'origine de ces tumeurs est ganglionnaire.

M. Launois croit à l'origine ganglionnaire car si ces masses ne se trouvent pas toujours au niveau des régions où l'on a l'habitude de constater ces ganglions, il est fréquent de rencontrer des ganglions aberrants et dans les cas où les tuméfactions ont été excisées on a trouvé le plus ordinairement des fragments de ganglions dans le tissu lipomateux.

Neuro-fibromatose.

M. Couvelaire et P. Marie présentent les pièces anatomiques d'un homme mort de cachexie à la suite d'une atteinte de neuro-fibromatose survenue à l'âge de 52 ans. Le siège des tumeurs fibreuses chez ce malade était la tête, le thorax et les membres supérieurs. Le sternum et les côtes présentaient des déformations absolument analogues à celles que l'on constate dans l'ostéomalacie. Les muscles étaient en grande partie absolument atrophiés mais la répartition de cette atrophie n'était pas systématique. On constatait sur les gros troncs nerveux et sur les filets cutanés des nerfs, des tumeurs fibreuses, qui existaient aussi sur l'estomac et l'intestin. Enfin les culs de sac des glandes de la peau, ayant subi une altération fibromateuse, formaient de petites tumeurs non encapsulées et ainsi différentes des tumeurs qui avaient pris leur origine sur les trajets nerveux. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 *décembre* 1899. — Présidence de M. Richelot.

Traitement de la Coxalgie (suite).

M. Schwartz pense que chez nos malades à l'hôpital, les résultats que nous donne la méthode conservatrice, ou plutôt l'abstention, sont peu satisfaisants; lorsqu'on obtient l'enkylose, cela est très bien, mais cela est rare et plus souvent les lésions aboutissent à des fistules interminables, ou des luxations spontanées, résultat par conséquent déplorable. Or M. Schwartz a pratiqué trois fois la résection; le premier malade marche bien avec une canne; le deuxième malade, opéré il y a dix ans, et auquel M. Schwartz a réséqué 10 centimètres de fémur, a actuellement 4 centimètres de raccourcissement et il fait tous les jours, 80 kilomètres à bicyclette; enfin le troisième malade, soigné pendant seize mois par la méthode conservatrice, fut traité alors par la résection; on trouva des lésions très étendues avec fusées purulentes; M. Schwartz fut obligé de faire une deuxième intervention; le malade marche assez bien, mais de temps en temps il fait des poussées fébriles. Etant donnés ces faits, M. Schwartz se demande avec M. Nélaton, si nous ne devrions pas, dans tous les cas de coxalgie, intervenir d'une façon un peu plus précoce et plus hardie.

M. Delorme, dans les hôpitaux militaires, a obtenu d'excellents résultats, dans les coxalgies au début, par la simple immobilisation, ou les injections modificatrices en cas d'abcès; dans les coxalgies fistuleuses infectées, avec atteinte de l'état général, M. Delorme a eu recours à la résection, mais en fixant le segment fémoral à l'ischion; découragé par de mauvais résultats il avait cessé cette pratique, à laquelle les excellents résultats de M. Nélaton l'engagent à revenir.

M. Félizet pense qu'au début, chez l'enfant, la simple immobilisation peut suffire, avec extension continue s'il y a phénomènes d'arthrite. S'il y a suppuration, il faut donner issue au pus. Y a-t-il des fistules, si l'état général est bon, on peut encore les traiter par les injections. Mais si, malgré cela, l'enfant souffre et que son état général s'affaiblit, M. Félizet est d'avis qu'il ne faut plus attendre; il faut extirper le foyer infecté, il faut réséquer; et rien ne doit contre-indiquer cette intervention, si ce n'est l'état défectueux des reins. M. Félizet pense même que d'une façon générale il ne faut pas trop s'attarder à pratiquer cette intervention, car le résultat sera d'autant plus avantageux qu'il y a eu moins d'os à reséquer, c'est-à-dire que l'opération a été plus précoce.

M. Kirmisson proteste d'abord de toutes ses forces contre l'ouverture des abcès coxalgiques; jamais il ne les ouvre mais il les traite par des injections d'éther iodoformé; quant à dessiner d'avance les lésions anatomiques que l'on trouvera à l'opération (ce que M. Félizet prétend faire), M. Kirmisson pense que cela n'est pas possible. Enfin, même quand il y a des fistules, l'orateur pense que la chirurgie conservatrice donne d'excellents résultats et il présente à l'appui de sa thèse une petite malade qui était atteinte de coxalgie avec abcès et luxation, traitée par des injections modificatrices d'éther iodoformé, réduction de la luxation sous le chloroforme, et qui présente une bonne attitude avec état général satisfaisant.

Pancréatite suppurée.

M. Guinard complète aujourd'hui l'observation qu'il a présentée dans la dernière séance au nom de M. J.-L. Faure. M. Faure avait pensé à une perforation de l'estomac, à une appendicite ou à une hématocèle. Ceci permet de rétablir le côté clinique de la pancréatite qui revêt tantôt l'aspect d'une appendicite, ou d'une affection péri-utérine. Schwartz.

REVUE de DERMATOLOGIE et de SYPHILIGRAPHIE

Rédacteur spécial: Dr Paul RAYMOND

I. — Cure prompte et radicale de la syphilis. Syphilis et mercure; par le Dr Larrieu. (Paris, Soc. éditions scient., 1899.)

I. — Est-ce réellement une méthode bien nouvelle que celle préconisée par l'auteur, à savoir la substitution de l'iode au mercure dans le traitement de la syphilis? Teinture d'iode *intus et extra;* iodure de sodium; solution de Lugol: mais c'est l'iodothérapie de von Zeissl, et il y a longtemps que nous la connaissons. Certes oui, comme le dit l'auteur, tout médicament qui peut exercer sur l'organisme des effets semblables à celui des mercuriaux, aura une action bienfaisante, curative même sur la syphilis. Mais ce n'est pas une raison parce que l'iode est un très bon médicament de ne pas lui préférer le mercure. C'est comme si l'on prétendait remplacer le sulfate de quinine par la petite centaurée, sous prétexte qu'elle a guéri nombre de fièvres intermittentes. Le mercure est l'un des cinq ou six médicaments qui guérissent : sachons le respecter et en faire profiter les malades. Mais sachons aussi nous en servir, car ainsi que le dit fort bien l'auteur, on en abuse. Autre notion très vraie que l'on trouvera dans ce livre : la syphilis guérit, et en bien moins de temps qu'on le dit généralement. L'organisme est, en effet, assez puissant pour se débarrasser de la syphilis comme il se débarrasse de toute infection : il ne demande qu'à ne pas être contrarié dans la lutte.

II.— Atlas-Manuel des maladies vénériennes; par le Pr Mracek (de Vienne) Edition française, par le Dr E. Emery. (Paris, J.-B. Baillière, 1900.)

II. — C'est un livre d'une conception un peu spéciale et nouvelle que nous présentons. Le Pr Mracek a fait représenter les 71 lésions qui lui ont paru les plus typiques, observées chez les vénériens de son service. C'est l'atlas et ce sont de bonnes reproductions : elles pourront être utiles à ceux qui qui ne sont pas très familiarisés avec les maladies vénériennes, mais qu'ils sachent bien ceux-là, que 100 figures prises parmi les mieux faites ne valent pas l'observation d'un seul malade. Précédant l'atlas, vient un résumé de nos connaissances en vénéréologie; c'est un peu écourté, mais c'est un manuel. C'est ici qu'intervient le Dr Emery qui ne s'est pas contenté de traduire le livre : il a ajouté des notes judicieuses et même de véritables chapitres sur les sujets d'actualité. Ce n'est pas, bien entendu, qu'on ne puisse discuter certaines des idées émises par l'un ou l'autre des auteurs, mais je me borne à faire connaître l'ouvrage qui m'a paru bon et utile. Un écueil de ce genre de traités en collaboration non préconçue, c'est le manque d'harmonie qui en résulte fatalement. Le manuel Mracek-Emery n'a pas échappé à ce défaut et l'on trouve des parties traitées par l'un des auteurs, alors que l'autre n'y avait attaché que peu d'importance ou les avait même passées sous silence. Il est, en tout cas, intéressant de connaître l'opinion sur l'enseignement de Vienne et de Paris sur un même sujet et au même moment : de tels livres seront donc toujours les bienvenus.

III. – An Introduction to Dermatology; par Norman Walker. (Bristol, John Wright, 1899.)

III. — Nous avons déjà présenté ici même un certain nombre de traités anglais de dermatologie. Voici un nouveau manuel fort bien édité, comme tout ce qui vient d'Angleterre. Les planches qui accompagnent l'ouvrage laissent pourtant un peu à désirer et il est parfois difficile, même à un œil exercé,

de reconnaître l'affection qu'elles ont pour but de représenter. Quant au texte, tout en constatant que l'auteur a fait les plus louables efforts pour mettre son livre au courant de la science, il ne m'a pas semblé que les qualités l'emportassent sur les défauts. Je reprocherai surtout à l'auteur d'avoir admis comme démontrées et intangibles des théories qui, pour nouvelles qu'elles soient, ne sont pas moins de pures vues de l'esprit, et d'avoir sacrifié à de trop nombreuses hypothèses l'enseignement classique. Ce sera peut-être le livre de demain : ce n'est pas, à coup sûr, le livre d'aujourd'hui.

CORRESPONDANCE

Ecole de gardes malades du Havre.

Mon cher Rédacteur en chef,

J'ai eu déjà le plaisir de vous entretenir de notre école d'infirmières qui entre, dans sa troisième année de fonctionnement. Je vous rappelle que nos élèves doivent suivre des cours une première année. A la fin de cette première année, les élèves passent un examen. Ceux qui sont reçus à cet examen sont admis à faire un stage de six mois dans nos hôpitaux. Enfin on délivre le *diplôme* à ceux qui ont, pendant ce stage, obtenu de bonnes notes des chefs de service. De cette façon nous croyons pouvoir garantir aux médecins et aux malades que nos diplômés savent donner des soins intelligents et comprendre les ordres du médecin traitant et qu'ils sont rompus à la pratique de leur profession.

Voici, résumés, les résultats de nos trois années de cours.

Première année : inscrits, élèves, 27, auditeurs, 63; reçus, 4 ; ayant fait le stage et obtenu le diplôme, 3.

Deuxième année : inscrits, élèves, 27, auditeurs, 49; reçus, 4; faisant leur stage, 2.

Troisième année : Les cours ont commencé le 7 novembre dernier; inscrits, élèves, 37, auditeurs, 16.

Dans ce tableau vous remarquerez qu'il y a des *auditeurs*. En organisant les cours nous avons pensé que les personnes qui désiraient apprendre les notions élémentaires utiles pour donner intelligemment des soins aux malades sans vouloir prendre la carrière d'infirmières auraient profit à suivre les leçons de notre école. Cela nous a semblé un bon moyen de répandre dans le public de saines notions d'hygiène et de combattre les sots préjugés qui courent sur la médecine. Ce nombre d'auditeurs va forcément en diminuant.

Le nombre des élèves qui ont été reçus à nos examens paraîtra restreint; mais les professeurs ont pensé qu'il fallait être assez sévères et dans le cercle restreint de notre école qu'il était inutile d'encombrer la carrière de gardes-malades trop vite. Celles qui ont ainsi leur diplôme n'en offrent que plus de garantie. Les cours ont été professés dans l'ordre suivant l'année dernière :

MM. Deronde : *Anatomie*, 9 leçons; Sorel : *Chirurgie*, 10 leçons; Frottier : *Physiologie*, 6 leçons; Courbet : *Médecine*, 12 leçons; Lausier : *Hygiène*, 12 leçons; Fowilerviez : *Accouchements*, 3 leçons; Lemarié : *Pharmacie*, 10 leçons; Gardyn : *Administration*, 2 leçons.

Cette année les cours auront lieu dans le même ordre et seront faits par les mêmes professeurs sauf M. Dominique qui remplacera M. Lemarié. Pour favoriser notre école, l'administration a pris la décision que nulle infirmière ne pourrait obtenir un grade à moins d'être diplômée dans un délai de trois années.

Recevez, mon cher Rédacteur en chef, etc. Dr X.

Les renseignements donnés par notre correspondant méritent d'attirer l'attention de nos lecteurs. Ils y trouveront en effet des arguments pour aider à la création en province d'Ecoles d'infirmières; ce qui a été fait au Havre avec succès, peut être réalisé dans un grand nombre de villes, principalement celles qui possèdent une Faculté ou une Ecole principale de médecine. L'Ecole d'infirmières de Lyon, peut également servir d'exemple.

BIBLIOGRAPHIE

Ontogénèse et Phylogénèse du crâne humain ; par G. Papillault (*Revue mensuelle de l'École d'Anthropologie*).

Cet article est le résumé du cours que M. Papillaut vient de faire à l'École d'Anthropologie. Il continue ses études intéressantes sur le crâne humain, parmi lesquelles nous rappelons son mémoire sur la suture métopique et ses communications sur la base du crâne. Aujourd'hui il envisage la morphologie cranienne à un point de vue général et il essaie de montrer comment et pourquoi, par une évolution continue, le crâne en arrive à la forme actuelle. Cette étude ne doit pas passer inaperçue des neurologistes, car le profil du crâne est déterminé en partie par le cerveau qu'il recouvre et protège. Si à première vue on ne trouve pas une correspondance exacte entre le contenant et le contenu, c'est parce que les influences qui ont modifié dans la suite des temps la matière osseuse ont été nombreuses et diverses ; c'est parce que les formes actuelles du cerveau ont été précédées de formes primitives qui laissent chacune leur impression sur la surface du crâne, tout en étant à peine indiquée dans la substance nerveuse. Pour démontrer et expliquer ces transformations M. Papillaut tire parti des notions fournies par l'ontogénèse et la phylogénèse. Par l'ontogénèse il compare les changements qui se produisent chez un individu pendant toute son existence comprise dans sa plus large acception, par la phylogénèse il étudie ces même transformations dans les races, les espèces et les genres. Ces deux sciences se superposent et se complètent, car souvent un stade impossible à saisir chez un individu, entre deux autres plus évidents, est au contraire un état définitif dans une série animale voisine, Bref, l'auteur arrive à donner une explication rationnelle de la genèse du crâne humain tel que nous le voyons. C'est une étude, je l'ai déjà dit, qui rattache en grande partie la morphologie cranienne à la morphologie cérébrale ; il est donc utile de connaître leurs relations pour comprendre complètement certains faits d'embryologie cérébrale ou pour avoir l'explication de certaines déformations pathologiques.

G. Paul-Boncour.

Diagnostic et Séméiologie des maladies de l'enfance ; par **Pilatow**, (traduit du Russe sous la direction du Dr Perier).

Pour plusieurs raisons d'ordre différent cet ouvrage est le bienvenu. Il comble d'abord une lacune regrettable de notre enseignement pédiatrique. Les débuts de toute connaissance clinique sont généralement difficiles vu l'absence totale de guide, dans l'examen des enfants. Sans aucune préparation et sans conseils préalables un élève suit péniblement l'enseignement donné au lit du malade. L'enseignement officiel ne comprenant pas de cours de propédeutique, et notre bibliographie ne renfermant pas de livres dans cet ordre d'idées, ce manuel arrive donc heureusement. En s'en pénétrant un étudiant saura mettre à profit un examen de malade, il saura se diriger au milieu des symptômes et reconnaître ceux, auquels il faut accorder de la valeur. A un autre point de vue cet ouvrage convient aussi bien au praticien, car il s'occupe particulièrement comme le titre l'indique, du diagnostic des maladies. Devant les formes diverses et speciales que revêt la pathologie infantile il est bon de pouvoir se reporter à un manuel sûr pour fortifier un diagnostic. A côté de ces qualités il faut citer la clarté de l'exposition, la facilité avec laquelle on parcourt les différents chapitres. Dans son introduction M. Pilatow déclare qu'il a eu l'intention de faire un manuel aidant la recherche des symptômes prédominants dans les affections les plus communes. Grâce à sa connaissance parfaite du sujet, et à son habitude de l'enseignement, cela ne lui a pas été difficile. Il y a lieu également de féliciter celui qui a dirigé cette traduction. M. Périer a eu l'heureuse idée de faire connaître ce livre en France, mais son rôle ne se borne pas à une simple surveillance. De nombreuses notes sont ajoutées au texte de M. Pilatow, il commente les faits, les présente et à côté de l'ouvrage principal il y en a un secondaire non moins intéressant. Le succès est donc assuré, car on trouvera côte à côte les idées de deux praticiens versés dans la connaissance de la pathologie infantile.

G. Paul-Boncour.

Thérapeutique de la scoliose des adolescents. par A. Chipault. (Vigot frères, édit. Paris.)

Ce petit livre de 250 pages contient un exposé clair et concis des nombreux moyens employés pour combattre la scoliose, Après un court historique et quelques mots sur la gravité de la scoliose, l'auteur passe en revue : *a)* le traitement préventif de la maladie ; *b)* le traitemenl curatif, ce dernier comprend des procédés musculaires qui ont pour but, soit de supprimer l'action des muscles, soit de renforcer leur action ; et des procédés plus rationnels agissant sur le squelette qui ont pour but la réduction seule, ou la contention seule, ou mieux l'association de la réduction et de la contension. Chacun de ces procédés est l'objet d'une appréciation et parfois d'une condamnation. Mais l'auteur a en outre pour but de faire valoir un procédé et ses opinions personnelles sur plusieurs points, ce qui donne à ce petit ouvrage une intéressante note d'originalité. La technique de Chipault emploie comme moyen de réduction l'*assouplissement* à l'aide d'une planche à plaques, suivi de *réduction* à l'aide d'un appareil vertical permettant de réaliser à la fois les tractions, les pressions et la détorsion ; comme moyen de contension, soit le corset plâtré, soit dans quelques cas spéciaux la ligature apophysaire. Une statistique personnelle termine l'ouvrage et vient à l'appui de la technique de l'auteur par les nombreux résultats obtenus par son procédé. l'auteur. L. Longuet.

Contribution au traitement opératoire de l'ankylose de l'étrier; par Floderus.

Après l'exposé rapide des diverses formes d'ankylose de l'étrier au double point de vue étiologique et mécanique, l'auteur donne l'aperçu d'ensemble des résultats obtenus jusqu'ici dans cette affection par les opérations directes sur l'étrier, la mobilisation de cet os et la stapédectomie.

Signalant d'abord ce qu'il y a d'incomplet dans ces opérations, spécialement quant à l'ankylose osseuse de l'articulation vestibulaire de l'étrier, l'auteur propose sur la base d'études anatomiques et d'opérations expérimentales, un mode de traitement plus radical, et, comme il l'espère, plus effectif, des formes les plus graves d'ankylose primaire de l'étrier. Sa méthode opératoire est la suivante :

Après la désinfection rigoureuse de l'oreille externe et (dans l'otite moyenne) de l'oreille moyenne, il ouvre rétro-auriculairement celle-ci d'après la méthode de Stacke. Il procède ensuite à l'extirpation de la membrane du tympan avec le limbe cartilagineux, ainsi que de la paroi latérale de l'attique, du marteau et de l'enclume. L'étrier adhérent à la fenêtre ovale, quoique entaillé dans le but de diminuer l'hémorragie pendant la dernière partie de l'opération, est laissé comme point d'orientation. Dans la sclérose de l'oreille moyenne, on enlève les parties molles du tympan à l'aide d'une petite cuillère à bords aigus, jusqu'à l'orifice tubaire, en se gardant toutefois de léser la membrane de la fenêtre ronde. On opère ensuite, si cela se montre nécessaire pour les manifestations intra-tympaniques, la résection de la lame osseuse antérieure jusqu'à l'articulation du maxillaire inférieur. On dénude maintenant, au moyen d'un petit perçoir sphérique, le nerf facial au-dessus et en arrière de la fenêtre ovale, sur quoi, en faisant usage d'un perçoir sphérique pareil à celui des dentistes, on donne une forme légèrement concave à la surface tournée en haut et en avant de la paroi labyrinthaire du tympan en avant et en dessous du nerf dénudé. On ouvre, par le moyen de trépans, le labyrinthe au bord antérieur de la fenêtre ovale, puis l'on passe à la résection de la lame osseuse, désormais très mince, en se servant d'un fin ostéotome (reproduit dans l'original) sur la plus grande étendue de la longueur correspondant à la région de la cisterne périlymphatique de Retzius. La partie ainsi extirpée par la résection s'étend en arrière presque jusqu'au bord postérieur de la plaque de l'étrier, en haut jusqu'au bord supérieur de cette plaque, en bas jusqu'à un demi-millimètre en-dessous du bord inférieur de la fenêtre ovale, et atteint en diminuant en avant (et en bas) un point situé entre 2 et 2 millim. 1/2 du bord antérieur de la fenêtre ovale. Ce dernier point correspond au commencement de l'échelle vestibulaire. La hauteur de la surface de résection mesure 2 millimètres à la partie postérieure de celle-ci, et plus en avant environ 1 millimètre. La manipulation s'effectue à l'aide d'une sonde très fine, recourbée en équerre. Une lumière intense et l'usage d'une loupe sont nécessaires. Le vide est recouvert, d'après la méthode de Thiersch, par transplantation de peau libre et pilosités.

L'objet de l'opération est de remplacer une partie de la paroi extérieure affaiblissant le son du labyrinthe par une membrane vibratoire élastique pouvant conduire le son dans l'oreille interne. Elle n'a été effectuée que sur des cadavres.

M. Floderus signale plus particulièrement les avantages suivants qu'il espère obtenir par la méthode : 1° Elle doit être propre à donner de bons résultats fonctionnels acoustiques; 2° elle doit, dans la mesure du possible, empêcher les récidives ; 3° il est possible de l'exécuter, même dans les cas de formation grave d'hypérostose dans l'oreille moyenne; 4° elle entraîne relativement peu de danger d'infection de l'oreille interne. M. Floderus mentionne, en dernier lieu, comme désavantages de la méthode, ses difficultés techniques et la longue narcose qu'elle nécessite. (*Nord. Medic. Arkiv.*)

Extirpation quasi totale de l'Estomac ; guérison, par D. J. Ribera y Sans. (*Revista de medicina y Cirugia* nos 602, 604, 605, 611.)

I. Josepha G..., 40 ans, souffre depuis 5 ans de troubles gastriques progressifs présentant tous les signes d'une tumeur maligne de l'estomac, adhérente à la paroi abdominale et ayant pris son origine au niveau d'un ulcère primitivement simple. Pas de début de cachexie, la peau de la région est saine. Les douleurs sont insupportables, l'intolérance gastrique absolue, la vie est menacée à brève échéance. L'extirpation reconnue possible s'impose; elle est pratiquée le 4 *mars* 1899. La peau est incisée seule sur la ligne médiane et les tissus profonds de la paroi apparaissent envahis par le néoplasme au niveau de l'adhérence à droite de la ligne médiane, aussi sont-ils incisés en dehors de cette ligne. Une tentative pour déchirer avec le doigt ces adhérences qui siègent à la hauteur du cardia, une perforation se produit. La tumeur intéresse toute la face antérieure de la grande à la petite courbure et la plus grande partie de la face postérieure à l'exception d'une petite surface attenante à la moitié postérieure du pylore. Toute la paroi du viscère épaissie et indurée à l'exception de cette petite portion. Il fallut donc réséquer avec le bistouri et les ciseaux, la totalité de l'estomac, en respectant la languette restée saine. Le cardia une fois tranché en section circulaire, un aide, M. Ortega, maintint l'œsophage qui tendait à remonter et le pylore fut tranché, obliquement pour ménager la longuette saine, en section elliptique. Ces deux orifices furent abouchés et cousus en suture, continués en surjet avec points de sûreté, et de leur différence de forme résulta la constitution d'une coupole grosse comme un œuf, sorte d'estomac en miniature qui fut réduit et abondonné dans la cavité abdominale. Il fallut ensuite réséquer par une incision semi-circulaire la portion envahie de la paroi abdominale après dissection de la peau, d'où après suture résulta une perte de substance couverte seulement par la peau. Sur le pansement et après lui fut appliqué en ce point un bandage spécial pour empêcher les viscères de se hernier. Toutes les précautions post-opératoires prises (sérum, etc.), la malade fut d'abord soumise à la diète absolue, ne prenant qu'une dragée de glace de temps en temps. Bientôt fut donné toutes les trois heures un lavement de lait peptonisé. La température ne cessa pas d'être normale, le pouls fréquent d'abord se régularisa vite. Dès le 7 mars l'alimentation buccale débute par une cuillerée de lait d'heure en heure et une cuillerée de bouillon au Xérès, et les lavements sont proportionnellement diminués. Le 12 mars, œuf à la coque et tasse de lait; le 18, la malade se lève et prend six œufs. Le 22, premier repas solide, bien supporté d'ailleurs. Pas le moindre vomissement depuis l'intervention, toux et soif vive les premiers jours, léger malaise à l'épigastre après la déglutition disparu dès la première semaine. Sortie le 28 mars, revue le 4 mai en bonne santé mangeant et digérant des aliments quelconques. Examen de la pièce : infiltration inflammatoire chronique diffuse de tous les tissus de l'organe avec prolifération conjonctive, maximum au niveau de l'ancien ulcère. A noter la facilité de jonction du cardia au pylore, alors que Schlatter, Broks-Brigham, Berays

et d'autres n'ont pas pu rapprocher ces deux points et ont dû recourir à l'anastomose au jejunum avec ou sans bouton de Murphy. Cette facilité tenait sans doute à l'adhérence qui attirant de son côté ces deux points extrêmes les avait mobilisés et déjà écartés de leur siège naturel. A noter encore la facilité avec laquelle s'établirent et se régularisèrent l'alimentation et la digestion. Ce que permet d'expliquer le cas malheureux suivant.

II. Adelma C..., 40 ans, présente tous les signes du cancer de l'estomac depuis juin 1898; début de cachexie, la tumeur est vaste mais est reconnue opérable. L'opération sur les instances de la malade est pratiquée le 20 mars. Le pylore est très rétréci, les trois quarts de l'estomac sont envahis, le cardia et la partie attenante de la grosse tubérosité sont seuls indemnes et par suite seuls respectés par la résection, et suturés au duodénum, ils constituent comme un petit estomac en forme de pyramide d'une capacité de 100 grammes. Suites opératoires défavorables malgré un luxe raffiné de précautions. Mort en syncope et dans le collapsus trente-six heures après l'intervention. A l'autopsie : le reliquat d'estomac dilaté par les gaz a pris une ampleur de plus de 400 grammes et est demeuré parfaitement étanche et solide. La dilatation s'est faite entièrement aux dépens du lambeau gastrique et nullement aux frais du duodénum ni de l'œsophage. Il est donc *probable* que, dans de tels cas, la portion conservée de l'estomac se dilate et se développe, reprenant peu à peu son rôle et rétablissant la possibilité de l'alimentation. Ceci a dû se produire dans le troisième cas, heureux comme le premier.

III. Ramona G..., 41 ans, tumeur de l'estomac (épithélioma) très étendue et sans adhérences, pas de ganglions pris. Opération le 10 mai 1899. Tout l'estomac est envahi à l'exception d'une marge de 3 centimètres autour du cardia et du cul-de-sac y attenant de la grosse tubérosité. Cette portion respectée par la résection représente donc une large section formant un lambeau elliptique dont il fallut suturer les bords l'un à l'autre dans la moitié supérieure, de façon à en faire un tube en continuité avec l'œsophage, tandis que la moitié inférieure restée libre formait un orifice égal à celui du duodenum auquel il fut abouché et suturé. Même processus alimentaire progressif que pour la malade I; pas d'accidents autres que quelques régurgitations légères au début. Levée 15 jours après l'opération, la malade put le 28 mai absorber 6 œufs et le 5 juillet un repas solide. Elle mange et digère actuellement d'une manière normale. Le 15 août l'auteur a pu donner les meilleures nouvelles de ces deux malades pendant la discussion de l'Académie de Médecine de Madrid. L'indication formelle paraît donc d'opérer dans de tels cas, lorsque l'intervention est reconnue possible, et surtout de laisser tout ce qu'on pourra de la partie saine du viscère, si petite soit-elle, car c'est celle-ci qui se développera pour rétablir avec plus ou moins de régularité et selon ses moyens les fonctions alimentaires. F. BOISSIER.

L'INTERNAT DANS LES UNIVERSITÉS RUSSES. — Comme mesure prophylactique. et pour éviter le retour de troubles parmi les étudiants des Universités, le gouvernement russe se propose d'instituer des maisons d'habitation en commun, sorte d'internat qui facilitera la surveillance des étudiants. Déjà une somme de 3.262.000 roubles, soit 13.048.000 fr., est destinée à cette nouvelle institution (*Archives russes de pathologie*, 31 août). Espérons que cette nouvelle mesure policière dont on menace les étudiants russes depuis bientôt 20 ans restera à l'état de menace. Est-ce que la tenue simili-militaire et les « pedells » à la porte de la salle de cours ne suffiraient pas pour les surveiller? (*Lyon médical.*)

UNE MODE D'EXPLOITATION DU CORPS MÉDICAL. — M. le commissaire de police du quartier des Batignolles vient d'envoyer au dépôt un individu nommé Edouard Leroy. Depuis quelque temps, Leroy se présentait chez les médecins de la capitale et exploitait leur générosité confraternelle ; à l'appui de ses dires, il exhibait un diplôme et des certificats au nom du Dr Gaillard, actuellement sans ressources et sans clientèle. Le pseudo-médecin réussissait à glaner, de ci de là, un secours de 20 ou 50 francs. Comme il entrait récemment dans le cabinet du Dr de la Rocheferdière, il fut reconnu par un ami de ce dernier, M. le Dr Manson, auquel il s'était présenté sous un nom différent quelques jours auparavant. Leroy fut aussitôt conduit, malgré ses protestations, au commissariat de police. (*Gaz. méd. de Paris.*)

ASSISTANCE PUBLIQUE.

Concours de l'Internat. Décision du Conseil de surveillance.

Le Conseil de surveillance s'est réuni le jeudi 7 décembre à 9 heures et demie sous la présidence de M. le Préfet de la Seine.

M. le Conseiller Voisin, vice-président du Conseil de surveillance, a donné lecture du mémoire de M. le Dr Napias, Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, puis de son rapport personnel au nom d'une sous-commission qui, dès le mardi soir, avait étudié la question sous toutes ses faces.

Conformément au rapport de M. Voisin et aux conclusions de la sous-commission, le Conseil a émis l'avis :

1° Qu'il y avait lieu de demander à l'Administration de faire diligence auprès de M. le Ministre de l'Intérieur pour obtenir un avis du Conseil d'Etat.

2° Que les différentes solutions proposées par M. le Directeur seraient transmises, avec la demande d'avis au Conseil d'Etat, et avec l'indication de la préférence du Conseil de surveillance pour telle ou telle des solutions proposées.

3° Que le Conseil de surveillance, en ce qui le concerne, était d'avis qu'il y avait lieu d'annuler les opérations du concours et de le recommencer dans les conditions où il se présentait à la date du 30 septembre.

Enfin, le Conseil a examiné une autre question ayant un caractère général et a été d'avis, conformément à la demande de M. le Directeur, que la publicité des séances, prévue par le règlement, devait s'entendre uniquement de la lecture des compositions et des épreuves orales, c'est-à-dire de tous les cas où le public était en situation de juger en même temps que les juges, et que le tirage au sort de la question de la composition écrite devait dans l'avenir avoir lieu en présence des seuls candidats, le public ne devant pas avoir accès dans la salle où la question serait tirée au sort et la composition faite.

VARIA

Nouveau service de recherches et d'essais scientifiques et industriels.

Le *Temps* du 29 octobre annonce qu'à la suite de la visite faite le mois dernier par le Ministre du Commerce à l'Office national du commerce extérieur, que son conseil d'administration avait décidé la création d'un nouveau service de « recherches et d'essais scientifiques et industriels ». Ce nouveau service sera rattaché à l'Office national du commerce extérieur. Il comprendra un laboratoire établi au Conservatoire des arts et métiers, où seront poursuivis, parallèlement par des spécialistes, les études d'histoire naturelle, de chimie, de micrographie et de mécanique dont l'ensemble constitue l'étude scientifique complète des matières premières. Prochainement, le conseil d'administration de l'Office national du commerce extérieur se réunira afin d'arrêter les détails de fonctionnement du service des recherches et essais scientifiques. Outre les renseignements techniques qu'il aura mission de fournir à tous les commerçants et industriels, le laboratoire devra procéder à toutes les analyses qui pourraient lui être demandées. Elles seront payantes pour les particuliers et gratuites pour les chambres de commerce, les chambres syndicales, etc.

Le directeur de ce service est M. le Dr Heim, professeur agrégé de la Faculté de Médecine.

La lutte contre l'alcoolisme.

L'alcoolisme dans l'Afrique australe.

Le *Temps* du 26 novembre 1899 nous apprend que le général Joubert a, dès le début de la guerre contre les Anglais, interdit formellement la vente et la distribution aux soldats boers de toutes espèces de spiritueux. La même mesure avait été prise par lord Kitchener pendant la campagne du Soudan et elle a été maintenue jusqu'à la prise d'Omdourman, malgré les rumeurs de mécontentement qu'on signalait parmi la troupe.

Les Boers ont des raisons sérieuses de prendre des mesures contre l'alcoolisme car cette funeste passion fait de nombreuses victimes dans le Sud Africain. Le journal l'*Alcool* de novembre 1899, publie une lettre de M. Christol qui habite le pays des Basutos. Le Basutoland, qui est sous le protectorat de l'Angleterre, était ravagé par l'ivrognerie, au point que la mort des indigènes par alcoolisme aigu était d'observation banale et quotidienne. Bien que le commerce soit absolument libre dans cette région, les administrateurs de la région ont interdit très sévèrement le commerce de l'alcool qui ne doit pénétrer que très difficilement avec une autorisation spéciale pour chaque bouteille de vin ou d'eau-de-vie. Malgré cela l'alcool continue ses méfaits chez les Basutos qui se gorgent de *yoala* (boisson provenant de la fermentation du sorgho) ou d'eau-de-vie introduite en contrebande le long de la rivière Caledon avec la complicité des chefs Basutos. Ces derniers, s'ils ont souci de l'avenir de leur race, devraient prendre exemple sur le chef, Khama, du Béchuanaland, qui proscrit les liqueurs fermentées de son territoire et donne lui-même à ses sujets l'exemple de la tempérance. Mais nous aurions tort en France de nous borner à regarder à l'étranger et à étudier les ravages de l'alcool dans les pays barbares car nous sommes trop bien partagés. L'Etat même se fait complice comme le prouve l'article suivant que nous empruntons à notre confrère, la *Tribune médicale*, où M. Laborde mène avec tant de talent et d'activité le bon combat :

L'alcoolisme à la vapeur : les wagons-bars dans les chemins de fer de l'Etat.

On a bien lu le titre ci-dessus : il est plus que justifié par ce fait que l'*Etat* lui-même a introduit dans ses propres (?) chemins de fer les *wagons-bars* ou *cabarets circulants*, pour lesquels il ne se gène pas (pourquoi se gênerait-il? Quand on vend du poison, on n'en saurait trop vendre !!...) de publier et répandre les réclames les plus éhontées, ainsi que nous en donnons ci-après un exemple. Que les Compagnies particulières acceptent et encouragent cette déplorable innovation, qui offre à l'alcoolisation en voyage une occasion de plus à ajouter à celles des buffets avec leurs élégantes petites fioles à emporter..., cela peut se comprendre, pour autant que cela soit regrettable et condamnable... Mais que l'Etat..., nous ne disons pas même l'Etat-Providence, mais l'Etat tout court... n'hésite pas à emboiter le pas... dans cette course effrénée, à la *vapeur* (c'est bien le mot en situation), à l'empoisonnement public, voilà qui dépasse, en vérité — non pas toute compréhension, car pour être l'Etat, il n'en est pas moins sujet à l'oubli de ses devoirs — mais voilà qui défie toute indulgence !... C'est, pour le coup, la prime volante à l'empoisonnement *officiel*; comme si ce n'était pas déjà assez de laisser, sans le moindre souci, empoisonner les citoyens! Il serait curieux de savoir — comme le demande fort à propos, de son côté, l'excellent journal l'*Alcool*, par la plume de son directeur, M. le Dr Legrain — si l'Etat *paie patente* pour les wagons-bars qu'il a installés sur ses chemins de fer? Ce qui est certain, c'est que l'Etat, en bon commerçant qu'il est, fait, pour ses buvettes ambulantes, des réclames qui s'étalent, sans vergogne et en promiscuité avec une Compagnie particulière, dans les grands journaux, où nous cueillons la suivante :

Chemins de fer de l'Ouest et de l'Etat.

Wagons-bars (1re, 2e et 3e classes) entre Paris et Auteuil, Paris et Argenteuil, Paris et Saint-Germain, Paris et Versailles, Paris et Les Moulineaux, Paris et La Garenne-Bezons, Nantes, Pornic, Bordeaux, Royan, etc.

Il n'est perçu aucun supplément pour voyager dans les wagons-bars (consommations aux prix ordinaires).

Une comparaison édifiante à ce sujet. Un journal *américain*, le *Railroad Gazette*, annonce ce qui suit : « Les journaux de San Francisco rapportent que la vente des liqueurs aux buvettes a cessé dans toutes les stations du chemin de fer *Southern Pacific*. Cette mesure a été prise à la suite d'un avis donné un an d'avance aux propriétaires des buffets. » Nous savons, pertinemment, qu'une mesure semblable a été prise sur les chemins de fer belges...

Est-ce que la France, oubliant — ce que nous nous empressons de rappeler à l'Etat des *wagons-bars*... qui la représente — qu'elle tient d'ores, et déjà, la première place — le *record*, selon l'expression d'actualité — sur la carte *noire* de l'alcoolisme en Europe, tardera longtemps encore à imiter cet exemple, et à cesser cette exploitation qui est non seulement un honteux scandale en son espèce, mais de plus l'encouragement, voire même la participation les plus coupables à une industrie, qui s'attaque aux racines mêmes de l existence nationale? Et ne se trouvera-t-il pas, dans notre Parlement, un homme, un citoyen véritablement imbu et pénétré de sa mission et des intérêts majeurs, sociaux et nationaux dont il est chargé, pour adresser au *Ministre* compétent (celui des Travaux publics) une de ces interpellations qui, parmi tant d'autres oiseuses ou inutiles, serait d'une réelle opportunité tutélaire...? Nous n'osons guère l'espérer en ces temps de préoccupation dominante et obsédante des intérêts *électoraux*, noyés, hélas! dans le cabaret et le bar... et devant lesquels pâtissent et succombent les intérêts les plus sacrés de l'hygiène et de la santé publiques...

Nous dédions, en tout cas, à M. le Ministre en question, les faits et les avertissements ci-dessus, et dont il lui serait facile, en sa plus légitime sollicitude, commandée par le plus impérieux des devoirs, de tirer l'indication et l'action les plus rationnelles, et de la plus haute utilité publique.

Les épidémies.

La fièvre typhoïde.

Nous lisons dans la *Gazette médicale de Paris* : Une épidémie de fièvre typhoïde et de dysenterie ayant éclaté dans les communes de Saint-Flaive-des-Loups (Vendée) et Ploudalmézean (Finistère), aucune permission ou congé ne sera accordée pour aller dans ces communes. Tous les militaires qui s'y trouvent actuellement en permission ou en congé y seront maintenus jusqu'à nouvel ordre. L'appel des hommes de ces communes, à quel que catégorie qu'ils appartiennent, sera reporté à une date ultérieure.

La diphtérie.

D'autre part, l'épidémie d'angine diphtérique qui sévissait sur la commune de Talmont (Vendée) étant terminée, les mesures prises et notifiées par l'ordre préfectoral en date du 4 novembre 1898, sont rapportées à la date de ce jour.

La peste.

Londres, le 5 décembre. — Rapport hebdomadaire de la peste à Maurice : Nouveaux cas, 46; décès, 36.

Porto, le 3 décembre. — On a enregistré pendant la semaine 10 cas de peste et 6 décès.

L'Association des Dames françaises.

Voici la situation générale de l'Association des Dames françaises :

Pendant le dernier exercice, l'hôpital des Dames françaises a donné 12.273 consultations; on y a pratiqué 6.000 opérations; tout est gratuit 54 dames y ont fait leur stage d'ambulancières. Les grands hôtels de Paris et les établissements d'enseignement ont assuré 2.000 lits à l'Association et 120 médecins se sont engagés à prendre du service en cas de guerre.

Le total des dons faits cette année par l'Association est de 24.000 francs, sans compter les 20.000 francs qui ont été employés à secourir les victimes de la guerre anglo-boër. Ces 20 000 francs proviennent d'une souscription publique qui est encore ouverte, et d'autres envois seront faits au consul français. (*Le Journal*).

Les habitations a bon marché.

Lady Salisbury, morte récemment, portait intérêt tout spécial à la question des habitations à bon marché. Au cours des séjours qu'elle faisait à Puys, en sa villa, elle avait, à ce sujet, des entretiens avec son voisin, M. Emile Cacheux, qui, on le sait, s'est voué à l'œuvre des habitations à bon marché en France, avec un zèle, un dévouement et un désintéressement auxquels, en toute occasion, chacun s'est fait un devoir de rendre solennellement hommage.

Lady Salisbury fit construire, dans les exploitations agricoles qu'elle possédait en Angleterre, de ces habitations à l'usage des ouvriers occupés sur ses propriétés, suivant un type proposé par M. Cacheux dans un des nombreux ouvrages qu'il a publiés sur les habitations ouvrières. Ces habitations,

que lady Salisbury avait fait construire, sont du type Lascelle; la carcasse, en bois, est recouverte de plaques en ciment. Elles lui revinrent à 3.000 francs l'une. En France, ce mode de construction coûte malheureusement le double. Ce système est employé dans toute l'Angleterre; son faible prix de revient, — de l'autre côté du détroit, — a assuré le succès des Building Societies qui, jusqu'ici, ne se sont pas développées dans notre pays, par suite du prix élevé de la maison individuelle.

Néanmoins, le système anglais a été employé, avec succès en France, notamment par M. J. Siegfried, au Havre; M. Fonier, à Lillers, et M. Emile Cacheux, à Passy-Auteuil. Le bon marché de ces habitations ouvrières leur a attiré quelques critiques, mais beaucoup d'imitateurs. (*Débats.*) E. R.

La médecine et la pharmacie religieuses. La secousse du Père Bailly.

Nous avons souvent entretenu nos lecteurs des entreprises médico-pharmaceutiques dirigées le plus souvent avec succès par le clergé régulier ou séculier. Nous avons fait récemment connaître les démêlés juridiques survenus entre deux couvents qui se disputaient la *confiture de Saint-Vincent de Paul* « qui guérit l'anémie en vingt jours ». Ce qui est certain, c'est que les moines de tous ordres s'entendent merveilleusement pour exploiter la crédulité publique en se plaçant sur le terrain médical. Géraudel n'était qu'un enfant à côté des Pères de la Trappe. Les RR. PP. Assomptionnistes, dont il a été beaucoup question depuis quelque temps, ont même étendu leurs opérations et s'occupent maintenant du patronage d'œuvres littéraires; nous n'aurions pas mentionné ce fait si les bons pères ne s'étaient pas mis en tête de faire concurrence à notre collaborateur *Minime* dont la littérature, plus que légère, a souvent effarouché M. Bérenger. Jugez-en :

Dans le numéro du 28 octobre dernier, le journal *La Croix* publiait à sa rubrique *Bulletin bibliographique*, les lignes suivantes, à la suite d'une réclame relative à un recueil « d'instructions pour l'octave des morts » :

« Nous recommandons spécialement un petit ouvrage offert aux lecteurs de *La Croix* avec une réduction des deux tiers, intitulé : *Rires et Vérités*. Cet ouvrage, bourré d'anecdotes gaies et de sérieux renseignements, a été honoré des éloges de MM. Coppée, l'éminent écrivain de l'Académie Française, et Frédéric Mistral, l'auteur immortel de *Mireille*. Prix : 1 franc. S'adresser à l'auteur, M. Chalon, ex-receveur de l'enregistrement, à Aubignan (Vaucluse). »

Un de nos amis s'est fait envoyer l'opuscule et nous le communique. Nous y trouvons une *anecdote médicale* qu'on pourrait intituler : *La purgation*, ou mieux encore : *La Secousse du Père Bailly*. Nous la transcrivons pieusement :

« Le receveur de Gigondas, marié depuis quinze jours à une brunette vive et sémillante, se trouve un peu fatigué par un travail nouveau et extraordinaire, pris et repris avec ardeur. On appelle le docteur I..., un malin qui a autant d'esprit que de science. « Je crois, dit le docteur, ma belle dame, que votre mari a besoin d'être légèrement purgé. — Depuis quinze jours il ne fait que ça!... » Le docteur, souriant dans sa barbe : « Je ne dis pas le contraire, mais il s'agit, cette fois, de le purger *sans secousse*. » Un frais et franc éclat de rire de la jolie brunette ne le démentit pas. »

Le petit livre patronné par le père Bailly, qui contient d'aussi grosses anecdotes, fera certainement les délices des âmes pieuses. Merci, monsieur Coppée. Merci, père Bailly.

Il y a des gens que la découverte, chez les Pères Assomptionnistes, des fameux 1.800.000 francs a jetés dans un profond étonnement. S'imaginent-ils donc qu'il y a encore en France un seul établissement religieux qui ne trafique de quelque chose de médical. Trappistes et Trappistines, Dominicains et religieuses, tous vendent : qui des pruneaux purgatifs, qui du nougat ferrugineux, des confitures laxatives, du vin régénérateur, etc., etc. On trouve surprenant que les médecins n'aient plus de clientèle; on sait maintenant où les malades vont puiser la santé!

En vue de l'écoulement de leurs produits, les œuvres se sont même syndiquées. Nous avons devant les yeux le prospectus de ce syndicat qui s'appelle : « L'Union des Œuvres ». Pour la joie des lecteurs, extrayons-en quelques articles :

« Le *Stilligoute* des RR. PP. Trappistes. *Pâte bienfaisante de Chant-lle*, la plus hygiénique des pâtes employées pour la toilette (hum!).

« *Eucalyptine* des Trappistines de Lyon.

« *Musculine* de Notre-Dame-de-Dombes : recommandée aux personnes fatiguées. La *musculine* est, dit-on, destinée à remplacer avec avantage les injections de Brown-Séquard. »

Nous arrêtons cette nomenclature qui deviendrait fastidieuse. Nous ne désespérons pas de voir les *Pères* et *Mères* fabriquer des sérums et faire ainsi une sérieuse concurrence à l'Institut Pasteur !

Et il y a des médecins qui croient qu'il existe en France des lois réprimant l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie !

Qu'on ne suppose pas que nous voulions afficher des sentiments antireligieux ; mais nous exprimons simplement le vœu que les moines et nonnes veuillent bien diriger leurs facultés commerciales sur des sujets autres que la médecine ou la pharmacie. Il y a tant d'autres filons à exploiter! (*Journal de Médecine de Paris* du 3 déc. 1899.) Dr X.

Suites mortelles d'une expérience de chimie à Lille.

Les étudiants du cours de génie civil de l'Institut industriel se livraient à des expériences sur des sels chimiques dans le laboratoire de cet établissement. De grandes quantités d'acide sulfhydrique, nécessaires pour la détermination des sels, avaient été préparées sous une hotte métallique disposée à cet effet et convenablement aérée Un élève de 22 ans, M. Beaudois, s'approcha de la hotte et préleva dans l'appareil une certaine quantité d'acide; mais à peine avait-il terminé, qu'il tombait sur le sol comme une masse. On s'empressa autour de lui, et il ne tarda pas à revenir de cette asphyxie heureusement momentanée. Tout à coup un deuxième élève, âgé de 18 ans, M. Giraud, qui ne s'était point approché de l'appareil producteur d'acide sulfhydrique, tomba à son tour, et si grave devint son état qu'on dut le transporter à la maison de santé. Le malheureux jeune homme est décédé ce matin. Cette mort a causé parmi les étudiants de Lille la plus vive émotion. (*Gaz. méd. de Paris*).

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VI des annonces.)

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi à 5 heures, au laboratoire. — *Objet du cours* : Sources de l'électricité médicale. Technique générale du maniement des appareils. Electrodiagnostic. Rôle de l'électricité médicale dans les maladies du système nerveux. Electrothérapie gynécologique. Le nombre des places étant limité, MM. les étudiants en médecine et docteurs sont priés de s'inscrire au Laboratoire, les mardis, jeudis et samedis, de 2 heures à 4 h.

Maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx. — M. le Dr P. AYSAGUER, à sa clinique, 21, rue de Sèvres, procédera à l'examen des malades les mardi, jeudi et samedi à 4 heures.

Conférences pratiques — Le Dr René BELIN conférences pratiques sur l'*instrumentation chirurgicale*, les *appareils et les bandages* à la maison Ambroise-Paré, 115, rue de Rome, les mardis, jeudis et samedis à 5 heures. La série comprendra douze conférences.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères (Cours libre autorisé par le Conseil de l'Université de Paris), — M. Gustave LOISEL, docteur en Médecine et docteur ès sciences commencera ce cours le vendredi 8 décembre à cinq heures un quart, rue de l'Estrapade no 18, et le continuera les vendredis suivants à la même heure.

CONFÉRENCE DU Pr CHANTEMESSE. — Hier soir, sur la demande de la présidente du comité algérois de l'Union des Femmes de France, le Pr Chantemesse, de passage à Alger, a fait, au Cercle militaire, une conférence dans laquelle il a exposé comment on lutte contre les grandes épidémies. Un public choisi et nombreux a longuement applaudi le conférencier. (Le *Temps*, 3 déc. 1899.)

FORMULES

XXXIV. — Solution pour lavage de la bouche et des dents.

Salol.	} ââ 3 grammes.
Menthol.	
Acide phénique cristallisé.	
Essence de menthe.	2 —
Teinture de badiane.	} ââ 5 —
— de cochléaria.	
Alcool à 90°.	Q. S. pour 120 cc.

Une demi cuillerée à café dans un verre d'eau.

XXXV. — Contre le prurit génital.

Après des lavages très chauds avec une solution de sublimé à 1 pour 1.000; appliquer la pommade :

Lanoline.	30 grammes.
Benzoate de bismuth.	} ââ 10 —
Oxyde de zinc.	
Menthol.	0 gr. 50 centigr.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 nov au samedi 3 déc. 1899, les naissances ont été au nombre de 1039 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 386, illégitimes, 178. Total, 602. — *Sexe féminin* : légitimes, 354, illégitimes, 153. Total, 507.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 26 nov. au samedi 3 déc. 1899, les décès ont été au nombre de 913, savoir : 505 hommes et 408 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 3. T. 12. — Typhus : M. 0, F 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 1, F. 1, T. 2. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 1, F. 3, T. 4. — Diphtérie. Croup : M. 3, F. 2, T. 5. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 123, F. 74, T. 197. — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 8, T. 14 — Autres tuberculoses : M. 12, F. 5, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 2, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 24, F. 26, T. 50. — Méningite simple : M. 14, F. 10, T. 24. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 23, F. 21, T. 44. — Paralysie, M. 3. F. 6, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 3, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 24, T. 53. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 7, T. 13. — Bronchite chronique : M. 7, F. 8, T. 15. — Broncho-pneumonie : M. 20, F. 21, T. 41. — Pneumonie : M. 16, F. 13, T. 29. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 19, F. 21, T. 40. — Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 5, T. 25. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 3. T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Débilité congénitale : M. 15, F. 22, T. 37. — Sénilité : M. 19, F. 26, T. 45. — Suicides : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres morts violentes : M. 9, F. 5, T. 14. — Autres causes de mort : M. 92, F. 70, T. 162. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 16. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 7. Total : 29.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le Dr Lafite-Dupont, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques.

ECOLE DE MEDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr Soulié est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Sont chargés de cours complémentaires pour la présente année scolaire : MM. les Drs Gauthier (*pathologie et bactériologie des maladies exotiques*); Reynaud (*hygiène, climatologie et épidémiologie coloniales*) ; Jacob de Cordemoy (*Histoire naturelle coloniale*)

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de physiologie générale.* — M. N. GREHANT, professeur, commencera ce cours le lundi 11 décembre 1899, à 3 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, dans son Laboratoire, quai Saint-Bernard. Exercices pratiques tous les vendredis. Objet du cours : Dans les premières leçons, le professeur fera connaître les recherches qu'il a publiées sur l'alcoolisme aigu. Les leçons suivantes comprendront l'exposé de ses travaux de physiologie : Extraction des gaz du sang, mesure de la capacité pulmonaire : recherches sur la nutrition, etc., etc.

VICTIME DU DEVOIR. — M. Lelandais, étudiant en médecine, qui, en disséquant un cadavre, à l'Hôtel-Dieu de Caen, s'était piqué à la lèvre, est mort hier des suites de cette piqûre. (*Le Journal*, 3 décembre 1899.)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décret est nommé *chevalier de la Légion d honneur*, au titre étranger, le Dr SALIMBENI (Alexandre-Taurelli), sujet italien, préparateur à l'Institut Pasteur. (Services dévoués rendus au cours de la mission qui lui a été confiée d'aller soigner les pestiférés à Oporto.)

Ont été nommés : *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Disdbury, Tucker, Prost, Lomier, Lenoble. — *Chevalier du Mérite agricole* : M. le Dr Binet. — *Médaille des épidémies* : MM. les Drs Lédé (médaille d'or), Loubrieu et Michaux (médaille d'argent).

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Questions données à ce concours. *Anatomie* : 1er décembre, configurations et rapports de l'œsophage ; 4 décembre, articulation tibio-tarsienne. — *Pathologie* : 2 décembre, manière de faire une autopsie.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Couvy, élève de l'école au service de santé de la marine, reçu docteur en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux, a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe. — M. Plagneux, médecin de 1re classe a été promu au grade de médecin principal et M. Martin, médecin de 2e classe a été promu au grade de médecin de 1re classe. — M. Philippe, médecin principal, du cadre de Cherbourg, est affecté, sur sa demande au cadre de Toulon. — M Salaun, médecin de 1re classe, est désigné pour remplacer au 1er régiment de tirailleurs tonkinois, M. le Dr Plagneux, nommé médecin principal. — M. Le Feunteun, élève de l'école du service de santé de la marine, reçu docteur en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux, à été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés : Au grade de médecin aide-major de l'armée territoriale : MM. les docteurs en médecine Levassor, Boularan, Iscoveseu, Pineau, Bureau. — Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe de réserve : Les pharmaciens de 1re classe : Luciani, Voynet, Gauthier, Muchotte, Blanié, Trouvé, Gardetto, Jean, Fanchou, Simard, Guelorget, Rouillou, Treuvelot, Fournier, Blaise, Fuseo. — Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée territoriale : Les pharmaciens de 1re classe : Duhem, Blaire, Duteil, Thibault, Chasserat. — M. le Dr Mottin, médecin de 2e classe, a été promu au grade de médecin de 1re classe. — A la suite du concours ouvert le 6 novembre 1899, les étudiants en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés élèves en pharmacie, savoir : MM. Isnard, Popon, Thomassin, Prouzergue, Millant et Bernard.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — Ont été nommés, à l'emploi de médecin auxiliaire des colonies les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Rousseau, Le Clech et Heusch. — M. Noë, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine, a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire des colonies.

LA SURVEILLANCE DES MAISONS HOSPITALIÈRES. — M. Gervais, député de la Seine, se propose de poser une question au président du Conseil sur l'absence absolue de contrôle et de surveillance des Maisons hospitalières, tant laïques que religieuses. M. Gervais voudrait demander quelles mesures le Ministre compte prendre pour remédier à cette situation. Cette question est motivée par des incidents qui se sont produits récemment dans un établissement de Malakoff. (*Le Temps* du 28 novembre 1899). — Le remède est facile : Inspection rigoureuse, une ou deux fois par an, de tous les établissements hospitaliers laïques et religieux et *publication* de tous les rapports *vrais*.

GÉNÉREUX DONATEUR. — M. Subé, mort récemment, a fait, par son testament, à divers établissements scientifiques ou de bienfaisance plusieurs legs importants dont la totalité est d'environ un million. A l'Institut Pasteur, M. Subé lègue 5.000 francs; à la Société de la Croix-Rouge, 10.000 francs; à la Société des naufragés, 10.000 francs; à l'Œuvre de l'hospitalité de nuit de la rue de Tocqueville, 100.000 francs ; aux Aveugles de l'avenue de Breteuil, 10.000 francs ; aux Orphelins de la rue de Lorraine, 10.000 francs. La ville de Reims bénéficie surtout des libéralités du testateur. Elle reçoit 700.000 francs, dont 400.000 par portions égales à ses hôpitaux, à ses hospices, à sa Société protectrice de l'enfance, à son Hospitalité de nuit ; 100.000 france à son Musée pour l'achat de tableaux et 200.000 francs pour l'érection d'une fontaine. Enfin, M. Subé, qui a vécu quelque temps à Saint-Germain, a légué 100.000 francs aux pompiers de cette ville. (*Le Temps* du 14 octobre, 1899.)

LA STATUE DE PASTEUR. — Le Conseil général de la Seine a voté une subvention de 300 francs au Comité formé par les conseillers d'arrondissement de France, pour élever à Paris une statue à Pasteur.

UN CENTENAIRE AU DÉPÔT. — M. Dumas, commissaire de police de Levallois-Perret, vient d'envoyer au Dépôt un pauvre vieux, le sieur Jean Duvold, qui aura exactement 100 ans au mois de janvier prochain. Duvold, dont les facultés mentales s'étaient altérées, ignorait complètement que la forme du gouvernement fût changée, et venait de demander au magistrat de lui faire obtenir un secours du roi Louis-Philippe. Le centenaire sera dirigé sur l'asile de Nanterre. (*Le Soleil* du 5 décembre 1899.)

CENTENAIRE BRULÉE VIVE. — Mme veuve Butet, née Véronique Roulon, âgée de cent quatre ans — elle est née le 13 avril 1795 — a été trouvée carbonisée dans sa chambre, à Méréville, près d'Etampes. Elle avait eu ses vêtements enflammés par une étincelle provenant de la chaufferette qu'elle plaçait d'habitude sous ses pieds. La malheureuse a été brûlée sans qu'elle ait pu appeler à son aide. (*Le Temps* du 14 octobre 1899.)

ETRANGES MESURES D'HYGIÈNE AUX ETATS-UNIS. — Le Conseil municipal de la ville de Des Moines (Iowa) vient d'infliger à ses administrés des règles tout à fait monastiques. Au son d'une formidable sirène qui siffle à onze heures du soir, tous les habitants doivent être rentrés chez eux, sauf le cas de force majeure. L'infraction entraînera une amende de cinquante dollars ou vingt jours de prison. Sous peine d'une amende de dix dollars, il est défendu de cracher sur les trottoirs; on ne pourra jeter des peaux de banane sur le trottoir ou faire du bruit sur la voix publique sans encourir une peine pécuniaire de cinq à cent dollars. Les théâtres et lieux de réunion publique devront être fermés à 10 heures. (Le *Temps* du 3 décembre 1899.)

LE Pr BACCELLI. — Nous lisons dans le *Temps* du 2 décembre : « Tout en étant Ministre et s'occupant avec amour des fouilles archéologiques au Forum, M. Baccelli n'abandonne pas l'art d'Esculape, où il a acquis une célébrité européenne. On connaît déjà depuis quelques années sa méthode d'injections au quinine dans les maladies infectieuses causées par la malaria. Depuis quelque temps, à la suite d'expériences heureuses, M. Baccelli préconise l'introduction dans les veines humaines du sublimé corrosif, dans les cas d'infection de la masse du sang : l'érésypèle, la syphilis, la fièvre puerpérale, le charbon et dans les formes cérébro-spinales de l'influenza. Il parait qu'il a obtenu ainsi nombre de guérisons. Lorsque la peste bubonique fit son apparition, le Ministre insista auprès de la direction supérieure de la santé pour que des expériences fussent faites avec le sublimé corrosif ; mais, l'outillage manquant, la clinique de Rome ne put se rendre au désir de M. Baccelli. Entre temps, M. Terni, professeur d'hygiène à l'Université de Messine, suivant les conseils du célèbre docteur, fit des expériences sur les animaux inoculés de peste bubonique et il obtint des résultats positifs, constants. Tout enthousiasmé, le professeur vient de partir pour le Portugal, à l'effet d'appliquer sa méthode curative sur les malades atteints de la peste. De là, il compte se rendre au Brésil. Espérons que les résultats seront confirmés et qu'enfin la science médicale se trouvera armée d'un remède efficace pour combattre le terrible fléau de la peste. Ce sera un titre de gloire de plus à l'actif de M. Baccelli.

MANOEUVRES CRIMINELLES. — Il y a quelque temps, les médecins de l'hôpital Beaujon remarquaient que deux femmes en traitement mouraient des suites de manœuvres abortives. Ils signalèrent ce fait aux parquet. Sur ces entrefaites, une domestique, nommée Marie Vergès, soignée à Beaujon, mourait dans les mêmes conditions insolites. M. Cochefert fit opérer une perquisition à son domicile, rue du Faubourg-Saint-Honoré, et il y découvrit une lettre qui ne laissait aucun doute sur le caractère des pratiques que cette malheureuse domestique avait subies. L'auteur de ces manœuvres a été arrêté : c'est une sage-femme nommée Villaz et surnommée la « mère Petit ». Cette femme habitait rue des Francs-Bourgeois. Une dame Lorin, née Orot, demeurant avenue Mac-Mahon, qui lui procurait des clientes, a été également mise en état d'arrestation. (*Le Temps*, du 26 novembre 1899).

EXPORTATION DES DENTS AMÉRICAINES. — Tout le monde connaît l'important trafic que, depuis les âges les plus reculés, on fait des dents d'éléphants ; il appartenait à notre époque de voir surgir un nouveau commerce, le commerce des dents humaines; il s'agit, il est vrai, de dents artificielles que le Nouveau Monde nous expédie pour combler les vides faits à nos mâchoires. D'après le journal l'*Odontologie* (mai 1899), du 30 juin 1897 au 30 juin 1898, il a été exporté des Etats-Unis pour 65.242 dollars de dents artificielles, savoir : 21.000 dollars en France, 19.000 dollars en Angleterre et 14.000 dollars en Allemagne. En 1896, les exportations s'étaient élevées à 88.243 dollars. (*Revue scientifique* du 2 septembre 1899.)

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies du système nerveux.* — M. GILLES DE LA TOURETTE, agrégé, suppléant M. le Pr Raymond, les mardis et vendredis à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. — Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

ASILE DE VILLEJUIF (Tramway Chatelet-Villejuif). — Service de M. TOULOUSE. — Le mercredi à 9 h. 1/2 visite du service. Conférences cliniques au lit des malades.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements,* M. le Dr MAYGRIER, chef de service. — Enseignement des stagiaires. Visite tous les matins 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le mardi. Lundi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçon clinique à l'amphithéâtre. Le samedi, à 11 heures, conférence de M. le Dr Blondel chef du laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ces leçons cliniques le jeudi 7 décembre 1899, à 10 heures et demie, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL DES INFIRMIÈRES ET LAICISATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Discours prononcés les 12, 23, 26 et 30 juillet 1898 aux Distributions des Prix des ECOLES MUNICIPALES D'INFIRMIÈRES LAÏQUES suivis d'un Discours au Conseil supérieur de l'Assistance publique

SUR

L'Enseignement pratique dans les Écoles d'Infirmières laïques

Par BOURNEVILLE

Directeur de l'enseignement des Ecoles municipales. etc.

Brochure in-8 de 59 p. — Prix : 1 fr. 50. Ponr nos abonnés : 1 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 50. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 16 DÉCEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

ÉPIDÉMIOLOGIE

Note sur deux épidémies de Fièvre typhoïde à Saint-Sulpice (Charente-Inférieure);

Par le Dr TORCHUT.

Les deux épidémies de fièvre typhoïde qui ont sévi à Saint-Sulpice de Royan en 1896 et en 1899, ou pour mieux dire, qui sévissent encore, car celle de cette année-ci n'est pas encore terminée, paraissent présenter quelque intérêt à être notées à un double point de vue. Tout d'abord, il est curieux de constater une fois de plus comment s'étend la *contamination* de puits à puits, comme une tache d'huile; puis on peut signaler en passant à quel point sont nécessaires, dans ce village, comme en tant d'autres, les règles les plus élémentaires d'hygiène. On ne trouve que rarement des *fosses d'aisances* (il serait superflu de signaler, le cas échéant, l'étanchéité de ces fosses); presque toutes sont à proximité des puits, ainsi que les étables, dont la plupart sont dépourvues de rigoles pour l'écoulement du purin, de sorte que ce dernier coule sans direction, c'est-à-dire que, presque toujours, il vient se mêler à l'eau des puits après un trajet très court, n'offrant même pas la garantie d'une filtration naturelle.

D'ailleurs, le pays assez riche autrefois, est devenu très pauvre depuis que les vignes ont dû être arrachées, le phylloxéra les ayant détruites. La terre, qui est loin d'être fertile, ne produit plus qu'un peu de blé et cette récolte, qui se vend à un prix peu rémunérateur, permet à peine aux cultivateurs de vivre. Aussi malgré les travaux pénibles auxquels les habitants du village doivent s'astreindre, le bien-être est loin de régner chez eux; il en résulte que le régime alimentaire est défectueux, Les règles de la propreté sont souvent négligées.

Ces deux épidémies de fièvre typhoïde ne sont pas les premières qu'on ait eu à constater dans ce village, occupé à peine par un peu plus de deux cents habitants actuellement. En questionnant les gens du pays d'un âge avancé, nous avons appris qu'il y en avait eu d'autres autrefois, une principalement il y a une trentaine d'année, qui avait été assez meurtrière. Mais n'ayant pas de renseignements assez précis à ce sujet, nous allons nous occuper seulement des deux épidémies récentes.

Celle de 1896 sévit pendant l'été; il en a été de même cette année. A ce propos qu'il nous soit permis de faire la remarque suivante : depuis plusieurs années il pleut très peu pendant l'hiver et nous avons de grandes sécheresses pendant de longs mois d'été. Il en résulte que l'eau que l'on puise pour l'alimentation est rarement claire et limpide; l'épaisseur de la couche d'eau dans les nappes devient de plus en plus petite. Il n'y aurait donc rien de surprenant que les épidémies ne provinssent de ce que l'eau puisée est en contact trop direct avec les fonds vaseux contaminés.

La première personne atteinte en 1896 fut la femme Moy..., âgée de 46 ans, que je vis trois ou quatre fois seulement avant sa mort, son mari ne m'ayant fait appeler que très tardivement. Après elle, deux autres cas dans la même maison, sa fille âgée de 17 ans et un de ses fils de 12 ans.

Leur puits est situé juste en face de leur maison ou plutôt de la maison qu'ils habitaient alors, de l'autre côté de la route qui va de Médis à Breuillet, comme l'indique la figure, ci-jointe. Ce puits, qui parait avoir été contaminé le premier dans les deux épidémies, est situé sous un hangar couvert. Sous ce même hangar se trouvent la porte de l'étable et la porte d'un parc à cochons. Du reste cette étable et ce parc ne sont situés qu'à trois ou quatre mètres du puits. Il convient d'ajouter qu'il n'y a pas là de fosses d'aisances, les habitants de la maison ayant l'habitude de jeter leurs déjections dans les champs environnants.

La quatrième personne atteinte fut une femme Ch..., âgée de 60 ans, dont la maison d'habitation est contiguë au hangar où se trouve le puits Moy... Ici pas d'étable, ni fosses d'aisances; un puits situé à sept ou huit mètres du premier.

La cinquième personne fut Yvonne Roy... âgée de 15 ans. Ici pas d'étable, mais il faut noter que les fosses d'aisances, situées à quatre mètres environ du puits, sont beaucoup plus élevées et que l'écoulement naturel des liquides se fait dans ce dernier. Le puits de Roy... est situé également sur le bord de la route de Médis à Breuillet, à 70 mètres environ du puits Moy...

Les trois autres personnes atteintes en 1896 habitaient la même maison ; ce sont la mère, le fils et la fille Vias... Cette dernière mourut d'un ictère grave qui se déclara lorsque la malade entrait déjà en convalescence. Leur puits est placé à trois ou quatre mètres de la route de Médis à Breuillet, et notons ici encore, comme presque partout, que les fosses d'aisances, non cimentées, et l'étable sont à proximité.

Ainsi, comme on le voit sur la figure ci-jointe, les trois puits de Vias..., de Moy... et de Roy... sont situés sur une ligne droite à proximité de la même route. Il est bon de faire remarquer également que la partie du village que traverse cette route de Médis à Breuillet est la moins élevée du village, bien que l'altitude du reste du bourg ne diffère pas toutefois notablement de celle-ci.

Dans l'épidémie de 1899 nous allons voir que les premiers cas que nous eûmes à constater sont encore chez des habitants qui vont puiser leur eau dans des puits tout proches de cette même route. Puis l'épidémie s'étend un peu, des puits de plus en plus éloignés sont contaminés, de telle sorte qu'à cette heure il est probable que toute la nappe d'eau du village contient en grande abondance les germes de ce terrible fléau.

La première personne atteinte fut un fils Bert..., âgé de 19 ans, dont la maison touche celle de Moy... Ils ne possèdent pas de puits chez eux; ils prennent leur eau soit dans le puits Moy..., soit dans le puits Sic...-Bert... distants l'un de l'autre de 45 mètres. Ce dernier, du reste, est situé sur la même ligne que les autres.

Breuillet. C'est le premier cas que nous ayons à noter où le malade a bu de l'eau contaminée à quelque distance de la ligne que nous avons indiquée tout à l'heure. Pas plus ici, d'ailleurs, que dans les autres maisons, les règles d'hygiène ne sont observées; les fosses d'aisances et les parcs à cochons ou à brebis sont à proximité du puits.

Le sixième malade est M. C..., instituteur, dont la maladie fut peu grave, bien qu'il eut un peu d'endocardite qui persista une quinzaine de jours. Les fosses d'aisances sont à deux mètres du puits. A noter

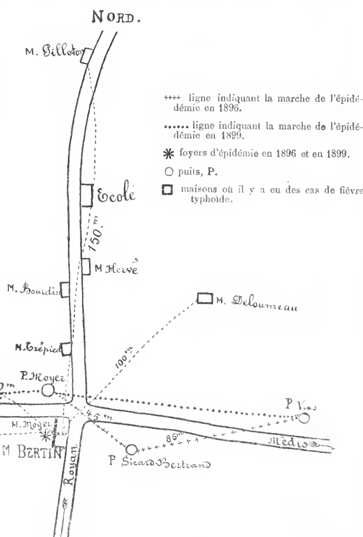


Fig. 11.

Une sœur de ce jeune homme fut également atteinte dans la même maison; la fièvre fut assez bénigne, sans complications, mais la convalescence fut assez longue.

En même temps nous eûmes à soigner la femme Trép..., âgée de 33 ans, et sa fillette âgée de 8 ans. La maison occupée par Trép... est toute proche de celle de Moy..., à quelques mètres de leur puits, sur la route de Royan à l'Eguille. Ici pas d'étable, mais les fosses d'aisances à proximité du puits. La fillette mourut au bout de peu de jours, emportée par une endocardite. La convalescence de la mère fut assez longue et pendant longtemps l'urine contint une forte quantité d'albumine.

Le cinquième malade atteint fut le jeune D..., un garçon de 11 ans, qui mourut au bout de trois semaines. Ici nous nous trouvons en présence d'un puits qui s'éloigne sensiblement de la route de Médis à

que nous nous éloignons toujours de la ligne précédemment indiquée.

Le septième malade fut le jeune Charles Pillot..., âgé de 16 ans, dont la maladie fut aussi bénigne que possible. Le puits de la maison qu'il habite est peu distant de plusieurs étables; pas de fosses d'aisances à proximité. Il est situé sur la route de Royan à l'Eguille et est distant de 150 mètres du puits Moy...

La huitième personne atteinte fut une fille Forg..., agée de 16 ans, qui est morte le huitième jour. Elle habitait à 350 mètres du puits Moy... Mais il est juste de remarquer qu'elle passait presque toutes ses journées dans la maison Roy..., où elle travaillait comme couturière. Elle a bu souvent de l'eau de cette maison, et c'est vraisemblablement de la sorte qu'elle est devenue malade.

La neuvième malade fut la femme Barr..., âgée de 30 ans, dont la maladie fut assez bénigne, mais qui vient de rechuter parce qu'elle s'est mise trop tôt à prendre des aliments solides, malgré notre défense. Son puits, situé près d'un dépôt de fumier, est à trente mètres environ du puits Roy...

Depuis que nous avons eu à soigner ces neuf cas, deux autres, parait-il, sont survenus, un dans la maison Her..., l'autre dans la maison Bau... Nous ne faisons que les mentionner, n'ayant pas été appelé à visiter ces deux malades (voir plus bas).

Mais aujourd'hui même nous avons été mandé à Saint-Sulpice auprès d'une demoiselle Trocqu..., âgée de 25 ans, qui nous paraît atteinte de la même maladie. Ajoutons même qu'une sœur de cette dernière, qui a séjourné tout l'été à Saint-Sulpice dans sa famille, et qui est partie il y a quinze jours en Angleterre, est atteinte là-bas de la fièvre typhoïde. Un frère qui est venu aussi dans sa famille il y a trois semaines et qui est actuellement dans le département du Tarn est aussi atteint de la même fièvre. Le puits Trocqu... est distant d'environ 25 mètres du puits Roy... et tout près de la route de Médis à Breuillet.

Donc, comme nous le disions au début, l'épidémie qui paraissait circonscrite aux maisons situées sur une ligne droite et suivant la route de Médis à Breuillet, paraît s'étendre de plus en plus et gagner les autres parties du village. On voit du reste d'après la *figure* 44 combien l'épidémie de 1899 s'étend au delà des limites de celle de 1896.

A notre avis, aujourd'hui il n'y a pas seulement un nombre déterminé de puits contaminés, c'est toute la nappe d'eau qui doit l'être. Nous avions songé un instant à faire désinfecter tous les puits à l'aide du permanganate de potasse, mais nous craignons que ce soit là une mesure insuffisante, car, si la nappe d'eau est contaminée, le lendemain les mêmes puits cesseront d'être désinfectés.

Pour le moment, le maire de la localité a invité, sur nos conseils, les habitants à ne boire que de l'eau bouillie *et aérée*, mais peu de personnes tiennent compte de cet avis, trouvant que c'est trop compliqué.

Il serait surtout nécessaire d'obliger les habitants à avoir des puits loin des *fosses d'aisances étanches* et des étables, mais il est probable qu'on ne trouvera pas de si tôt une municipalité qui ose prendre une telle détermination, probablement mal interprétée par ceux mêmes qui seraient en droit d'en attendre des avantages inestimables.

La conclusion pratique de notre relation doit résider dans un appel pressant à la sollicitude de l'administration supérieure qui devrait instituer, dans toutes les communes, une commission des logements insalubres, armée de pouvoirs assez étendus pour éviter ces véritables suicides que l'hygiéniste ne peut se borner qu'à constater, comme nous venons malheureusement de le faire.

[La relation de l'épidémie de Saint-Sulpice nous a été adressée le 16 octobre. A cette date, il y avait deux autres cas de fièvre typhoïde en voie de guerison, soignés par le Dr Chabert, une fillette de 8 ans (Mar. B...) et une femme de 34 ans (L. Ra...).]

Epidémie de fièvre typhoïde à Maine-Arnaud en 1899 ;

Par le Dr TORCHUT.

Maine-Arnaud est un petit village de la commune de Royan, à trois kilomètres environ de cette ville, et pouvant compter une centaine d'habitants. Ce petit bourg occupe une étendue restreinte; les maisons sont presque toutes contiguës ou tout au moins peu distantes les unes des autres.

Au point de vue de la richesse de cette contrée, il n'en est pas de même qu'à Saint-Sulpice commune très pauvre depuis que le phylloxéra a fait disparaître toutes les vignes. A Maine-Arnaud, au contraire, presque tous les cultivateurs jouissent d'une certaine aisance. La proximité de Royan où tous les jours ils viennent écouler leurs produits, où ils vendent du lait, souvent fort cher pendant la saison balnéaire, leur procure un certain bien-être, dont sont privés les villages ou les communes plus éloignés.

La vente du lait surtout est pour ces cultivateurs la source la plus rémunératrice; aussi en dehors des bœufs nécessaires pour labourer leurs terres, très fertiles du reste, chaque ménage possède plusieurs vaches, cinq ou six au moins en moyenne. On peut donc dire qu'à chaque maison est adossée une étable bien garnie.

Mais bien que nous nous trouvions ici en présence de gens plus fortunés qu'à Saint-Sulpice, les conditions hygiéniques ne sont pas mieux remplies. Nous ne voyons point de rigoles pour conduire dans des fosses spéciales le purin qui alors se répand et s'écoule suivant les pentes naturelles pour se diriger vers les puits avoisinants. On place d'ailleurs les fumiers n'importe où et surtout près de ces mêmes puits. De sorte que maison d'habitation, fosses d'aisances non cimentées, quand il y en a, étable, fumier et puits, tout est contigu. Lorsqu'il pleut le purin suivant la pente du terrain envahit les routes et donne à ces dernières leur couleur noirâtre et leur odeur nauséabonde.

Aussi on peut dire que l'on trouve dans le village de Maine-Arnaud la fièvre typhoïde à l'état endémique. Il est bien rare qu'il se passe une année sans qu'on puisse y signaler quelques cas. Dès lors il était naturel que cette année-ci surtout où on a vu cette maladie sevir dans bien des endroits, on ait pu en constater plusieurs cas. Pour notre part, nous avons eu six de ces malades en traitement et il nous a eté dit qu'un autre confrère en avait eu un ou deux autres cas.

Tout d'abord il est juste de faire remarquer que dans ce village la fièvre typhoïde est rarement mortelle. Depuis plusieurs années déjà que nous exerçons ici nous nous rappelons avoir perdu seulement un malade atteint de cette maladie; quant aux autres, ils se sont tous bien remis, et il faut compter que nous avons eu une vingtaine de cas à traiter. La virulence serait donc moindre ici qu'à Saint Sulpice.

Cette année-ci il en a été de même. Nous pouvons dire que les six malades nous ont donné peu d'inquiétude, que la fièvre n'a pas atteint un degré très élevé et qu'aucune complication sérieuse n'est survenue.

D'après l'examen des lieux, lorsqu'on considère les différentes maisons où a sévi la fievre typhoïde, soit cette année, soit les années précédentes, on est amené à conclure que tous les puits sont contaminés.

Quels moyens adopter pour faire cesser cet état de chose? Il est difficile de les trouver. Comment désinfecter toute la nappe d'eau? Ce qu'il faudrait surtout, et alors peu à peu l'infection pourrait cesser, ce serait d avoir des fosses d'aisances cimentees, des étables bien tenues, des fumiers transportes au loin, mais tout cela me parait impossible à obtenir des habitants parce qu'ils veulent conserver les mêmes habitudes que leurs pères et ils auront des enfants qui feront comme eux.

HYGIÈNE

Projet de règlement des hauteurs et saillies des bâtiments dans Paris :

Par A. PUJOL.

Les hauteurs et saillies des bâtiments dans Paris sont réglées, à l'heure actuelle, par les décrets du 23 juillet 1884 et du 22 juillet 1882. On sait combien l'hygiène d'une ville, surtout d'une ville aussi grande que Paris, est intéressée à ce que ces hauteurs et saillies ne soient pas exagérées, et restent dans un rapport convenable avec la largeur des voies publiques ou privées qui la sillonnent.

Le règlement de 1884 a établi 4 types de hauteur (1) : 12 mètres pour les voies au-dessus de 7 m. 80 de largeur ; 15 mètres pour celles de 7 m. 80 à 9 m. 74 (ce chiffre « 74 » est vraiment amusant : on est précis, ou on ne l'est pas, et on l'est dans notre Administration !... On devait même rééditer plus tard un chiffre aussi précis, quand il s'est agi de déterminer à quelle hauteur la perspective du fameux pont Alexandre III devait masquer la façade des Invalides : on s'est arrêté à la cote de « 1 m. 74 ». Qu'adviendra-t-il, j'en frémis d'avance, si nos ingénieurs ont dépassé la cote, et sont arrivés à 1 m. 75 !...) ; 18 mètres pour les voies de 9 m. 74 à 20 mètres ; et enfin 20 mètres pour celles de 20 mètres et plus. La surface des cours, où prennent jour et air les pièces d'habitation, varie, dans le règlement de 1884, de 30 à 60 mètres carrés, suivant que la hauteur des bâtiments qui les circonscrivent est inférieure ou supérieure à 18 mètres. Pour les courettes servant à aérer des cuisines, la surface minima est de 9 mètres ; pour celles destinées à aérer des cabinets d'aisance, « vestibules ou couloirs », de 4 mètres.

D'après le même règlement, le nombre des étages audessus du rez-de-chaussée ne doit jamais être supérieur à 7 ; la hauteur du rez-de-chaussée doit être d'au moins 2 m. 80 sous plafond, et celle des autres étages, d'au moins 2 m. 60.

Telle est, en résumé, l'économie du règlement de 1884. Nous ne dirons rien du décret de 1882 qui règle les saillies des bâtiments, parce que ces saillies sont beaucoup plus du ressort de l'architecture que de celui de l'hygiène.

Le système adopté par le règlement pour fixer les hauteurs des bâtiments bordant les voies publiques, a l'inconvénient de maintenir la même hauteur pour des largeurs de voie assez variables : ainsi des rues de 1 ou 2 mètres (il en existe à Paris) peuvent être bordées de bâtiments de 12 mètres de hauteur, tout comme celles de 7 m. 80, tandis que celles de 7 m. 81 peuvent, grâce à ce petit centimètre supplémentaire, se voir border de bâtiments de 15 mètres de hauteur. De plus, les rues ayant juste 9 m. 74 peuvent être bordées de bâtiments de 18 mètres ; et si le voyer avait, par hasard, mesuré 9 m. 735 au lieu de 9 m. 74, la hauteur de 15 mètres seulement était imposée.

Le projet de règlement que nous visons, adopté par le Comité technique de la Préfecture de la Seine, dans ses séances des 28 juin 1898 et 27 juillet 1899, supprime complètement l'inconvénient signalé ci-dessus, parce que les hauteurs imposées sont, dans tous les cas, *fonction* (comme on dit en mathématiques) de la largeur des voies :

« Dans les voies de 1 à 12 mètres de largeur — dit le projet — la hauteur ne pourra excéder 6 mètres *augmentés de la largeur de la voie.* » Dans les voies de 12 mètres de largeur et au-dessus, la hauteur ne pourra excéder 18 mètres *augmentés du quart de l'excédent de la largeur de la voie en plus de 12 mètres*, sans que dans aucun cas cette hauteur puisse dépasser 20 mètres. »

Il suffit de comparer ces prescriptions du projet aux prescriptions analogues du règlement en vigueur, pour voir que les premières sont, au point de vue hygiénique, plus libérales que les secondes.

Les surfaces des cours sont également *fonction* de la hauteur des bâtiments qui les entourent : « la hauteur des bâtiments établis en bordure des cours servant à l'habitation.., sera limitée par les mêmes profils que ceux autorisés pour les bâtiments en bordure des voies publiques, à la condition que la cour *ait une largeur au moins égale à la moitié de la largeur nécessaire pour une même hauteur sur la voie publique*, sans que, dans aucun cas, la largeur de la cour au-devant des baies puisse être inférieure à 4 mètres, et la surface de la cour inférieure à 25 mètres. »

Ici la « libéralité » hygiénique est du côté du règlement de 1884, qui demande, au minimum, des surfaces de 30 mètres pour la cour, avec une largeur moyenne d'au moins 5 mètres. Pour les bâtiments de 20 mètres de hauteur, la surface de cour minima exigée par le règlement est de 60 mètres, tandis que le projet se contente de 40 mètres (10 × 4 : 10 mètres « moitié de la largeur nécessaire pour une même hauteur sur la voie publique », et 4 mètres, « largeur minima de la cour au-devant des baies. ») Ici encore l'avantage est au règlement : il me semble que cette partie du projet devrait être remaniée de manière à le faire se rapprocher davantage des surfaces de cour édictées par le règlement, surfaces qui ne me paraissent pas excessives, loin de là.

Les courettes aérant des cuisines, dans le règlement, doivent avoir au minimum une surface de 9 mètres, et cela, quelle que soit la hauteur des bâtiments. Le projet édicte le même minimum de 9 mètres, mais prescrit en même temps des surfaces qui sont *fonction* de la hauteur des mêmes bâtiments. « Par exception », dit le projet, « les cuisines des loges de concierge pourront être éclairées et aérées sur des courettes de 4 mètres superficiels avec une largeur minima de 1 m. 60. » J'avoue ne m'expliquer nullement cette « exception », une cuisine de concierge me paraissant aussi intéressante que celle de tout autre personne...

Le règlement et le projet prescrivent la même surface minima de 4 mètres pour les courettes aérant des cabinets d'aisances. Seulement, le projet a supprimé avec raison, à mon sens, l'assimilation bizarre des « vestibules et couloirs » avec les cabinets d'aisances, telle que la faisait le règlement de 1884.

Règlement et projet sur la hauteur des étages ne diffèrent qu'en ce que ce dernier exige la hauteur de 2 m. 80 non seulement pour le rez-de-chaussée, mais encore pour l'étage situé immédiatement au-dessus. Le projet ne parle plus du nombre des étages, mais ce nombre est limité implicitement, puisque la hauteur maxima des bâtiments est fixée, ainsi que la hauteur minima des étages.

Il résulte donc des considérations précédentes que le projet de 1899 est une amélioration, au point de vue purement hygiénique, du règlement de 1884 ; mais cette amélioration serait encore plus sensible, à mon sens, si la surface des cours du projet était augmentée de façon à la rendre au moins égale à celle du règlement.

(1) Ces hauteurs sont celles des façades, non compris les combles qui, d'ailleurs, doivent ne pas dépasser un gabarit déterminé, tant au règlement de 1884, qu'au projet de 1899.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus au grade de médecin en chef : M. Abelin, médecin principal. — Au grade de médecin principal : M. Piton, médecin de 1re classe. — Au grade de médecin de 1re classe : M. Renault, médecin de 2e classe.

UNE CENTENAIRE. — Une centenaire, Mlle Manjin, habitant Vitry-le-François (Marne), vient de mourir ; elle était née le 14 mars 1797. (*Le Petit Parisien* du 16 novembre 1899.)

ACTION DU RICIN SUR LES MOUSTIQUES. — Il ne s'agit plus du plant de ricin, mais de l'huile qu'il fournit. Il suffit pour se débarrasser des moustiques de faire, chaque soir, bouillir dans une cuillère un peu d'huile de ricin avant de se mettre au lit. Lors d'un séjour à Marseille, M. F. Lafeteur a voulu éprouver l'efficacité de ce procédé, mais les effluves vraiment écœurants qui se répandirent dans la chambre, l'obligèrent à ouvrir la fenêtre toute grande, et à aérer fortement, préférant encore l'usage du moustiquaire si chaud et si incommode. (*Nouv. Remèdes.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Commission nationale contre la Tuberculose.

Le Ministre de l'Intérieur vient de décider la création d'une Commission nationale de 48 membres chargée de rechercher les moyens pratiques de combattre la tuberculose. L'intention est des plus louables et la Commission réunit les noms les plus éminents. Cependant soit dans la Presse médicale soit dans la Presse politique, cette nouvelle a été jusqu'ici froidement accueillie. La nécessité de recommencer les travaux de la Commission de 1896 n'apparait pas bien évidente. Le rapport fait par M. Grancher, à cette époque pourrait encore aujourd'hui être reproduit tel quel. L'essentiel serait de lui donner un commencement de réalisation. Les paroles sont une belle chose. Pour la prophylaxie de la tuberculose, elles ne suffisent malheureusement pas. Sans cela la maladie serait depuis longtemps disparue de France. Car vraiment tout ce qu'on peut dire d'éloquent, sur la question a une bonne douzaine de fois été dit.

La Commission nouvelle sera-t-elle plus heureuse que toutes ses devancières? Celles-ci n'étaient ni moins compétentes ni moins brillamment composées. Théoriquement leurs travaux ont été des plus remarquables. Elles ont abouti à un échec pratique absolu. Et cet échec fait un contraste lamentable avec la merveilleuse organisation de l'étranger, de l'Allemagne particulièrement.

La cause qui a jusqu'ici stérilisé tous les efforts est bien simple. C'est tout simplement une question d'argent. L'Allemagne avant d'entamer sa lutte contre la tuberculose s'était procuré par son assurance — maladie obligatoire, une réserve pécuniaire considérable. Le prélèvement de 2 0/0 sur tous les salaires au profit de cette assurance créait une ressource énorme, indéfiniment et automatiquement renouvelée — Presque partout même la surabondance des fonds disponibles, permit d'abaisser le prélèvement de 2 à 1 1/2 0/0. Notre budget de l'Assistance publique en France, ne connait guère de pareils excédents. Mais qu'on songe pour bien saisir la situation allemande à la somme annuelle que donnerait un prélèvement d'un cinquantième sur tous les salaires parisiens.

Pour la Commission de 1896, en particulier l'absence de ressources renouvelables, de fonds de roulement pour ainsi dire, a annihilé toute son œuvre. Cette Commission avait consacré treize millions à la création d'établissements pour les tuberculeux en particulier de sanatoria. Aucun de ceux-ci n'est encore ouvert. La somme prévue aurait permis de construire une quinzaine de ces excellentes fondations. Mais comment ensuite assurer leurs dépenses annuelles? Pour une seule d'entre-elles le revenu des treize millions aurait bien juste suffi.

L'argent est le nerf de la lutte. Si la nouvelle Commission veut aboutir dans son effort contre la tuberculose, elle doit avant tout chercher la création, comme en Allemagne, d'un trésor de guerre. Pourrait on copier l'assurance-maladies de l'Allemagne comme on a copié sa loi sur les accidents? Ce serait là une première solution.

Il en est une deuxième qui serait peut-être préférable. En France les progrès de la tuberculose sont directement liés aux progrès de l'alcoolisme. Il suffit de relire les récentes statistiques de Jacquet dans sa belle étude « alcool, maladie, mort ». Plus des quatre cinquièmes des phtisiques soignés dans les hôpitaux parisiens ne doivent leur maladie qu'à l'absinthe et à l'alcool.

Demander à un surcroit d'impôts sur l'alcool et surtout sur l'absinthe, les ressources du fond spécial nécessaire à la lutte contre la tuberculose, serait donc doublement utile. L'alcool est la grande cause du mal. Que de nouvelles charges sur les débitants d'alcool viennent payer les frais de la maladie!

Sans doute cette question des dépenses nécessaires et de la création des ressources indispensables peut sembler étrangère au programme de la Commission. On invoquera pour l'écarter ce grand principe de la séparation des pouvoirs. Mais il s'agit de savoir si l'on veut aboutir ou non. Il serait décidément triste de déranger quarante-huit savants, la plupart de premier ordre, pour leur soumettre à nouveau les mêmes modèles de crachoir ou pour leur faire émettre les mêmes vœux platoniques en faveur de la création de sanatoria.

A.-F. Plicque.

Les incidents du Concours de l'Internat.

Dans notre dernier Bulletin (1) nous faisions prévoir les difficultés auxquelles se heurterait le Conseil de surveillance de l'Assistance publique pour résoudre la la question du Concours de l'Internat. Des intérêts seront indiscutablement lésés, quelle que soit la décision adoptée; mais celle que l'on doit prendre, doit être la plus équitable. La solution proposée par le Conseil de surveillance (2) qui serait d'avis « d'annuler les opérations du concours et de le recommencer dans les conditions où il se présentait à la date du 30 septembre », ne saurait nous satisfaire. Cette solution sacrifie complétement les candidats militaires qui ne méritent pas cette défaveur, car ce n'est certes pas parmi eux que se trouvent les malfaiteurs qui ont détruit les copies. On peut, nous objectera-t-on, leur obtenir un congé suffisant pour leur permettre de prendre part à un nouveau concours. Nous répondrons à cela que deux mois de caserne et d'exercices militaires sont un médiocre moyen d'entrainement pour le Concours de l'Internat, et qu'il serait injuste de les faire concourir dans des conditions incontestables d'infériorité. En outre l'annulation complète du concours entrainerait une perte d'argent et surtout de temps, à la fois nuisible à l'Administration, aux membres du jury et surtout aux candidats et à leurs familles.

Le Conseil de surveillance se sentant mal à l'aise pour trancher ce point délicat et sachant bien que sa décision serait attaquée, a demandé « à l'Administration de faire diligence auprès de M. le Ministre de l'In-

(1) Voir *Progrès Médical* du 9 décembre 1899, page 452.
(2) *Progrès Médical*, 9 decembre 1899, page 458.

térieur pour obtenir un avis du Conseil d'État. » Le Ministre de l'Intérieur, s'il faut en croire les *Débats*, a jugé qu'il était illogique de consulter le Conseil d'Etat sur une question qu'il pouvait être appelé à juger dans la suite ; n'étant pas d'avis de faire entièrement recommencer le concours, il a demandé à examiner le dossier de l'affaire en litige, pour prendre lui-même une décision. Nous lisons en effet dans le *Journal des Débats* du 11 décembre la note suivante :

Le dossier de l'affaire du concours de l'internat se trouve entre les mains de M Waldeck-Rousseau qui, comme nous l'avons dit hier, prendra personnellement, sous peu, une décision, très probablement dans le sens que nous avons indiqué.

Le directeur de l'Assistance publique, M. le docteur Napias, reste donc dessaisi, après avoir fait tous ses efforts pour seconder l'action du juge d'instruction, M. de Valles, qui continue son enquête.

M. de Valles a fait briser, ce matin, les scellés apposés sur une boîte qui contenait des compositions intactes, non encore examinées.

Le Ministre aurait donc l'intention de faire recommencer partiellement le concours. En bonne justice, le concours actuel ne peut se continuer avec une question différente ; qui dit concours, dit comparaison et dans un concours comme celui de l'Internat, dont le nombre des épreuves est aussi restreint, il serait injuste de juger les candidats pour l'épreuve écrite, la plus importante, en donnant des questions différentes. Nous persistons à penser que le moyen le plus équitable de sortir de cette situation critique, est le suivant :

Arrêter le concours actuel et le limiter aux candidats ayant lu leurs copies ; faire un second concours où ceux qui n'ont pu encore lire seraient seuls admis. Diviser le nombre des places d'interne vacantes proportionnellement aux copies de ces deux concours et les attribuer par ordre de classement de chacun de ces concours. Refaire subir une épreuve commune aux premiers pour régler la question des prix de l'externat.

Reste un point très important à examiner, c'est celui de l'enquête de M. le Juge d'instruction de Valles pour donner au cambriolage de l'hôpital Beaujon les suites qu'il mérite. Des bruits ont couru au sujet des coupables, des noms sont chuchottés. L'on prétend, nous espérons à tort, qu'en haut lieu l'on voudrait sauver les malfaiteurs ; ils seraient, dit-on, bien apparentés et puissamment défendus ; ces bruits qui, nous voulons le croire, sont sans fondement, ont pris corps au point qu'un groupe de candidats a adressé au journal l'*Aurore* la lettre suivante :

Monsieur le directeur,

Nous apprenons qu'on cherche à faire l'ombre sur le scandale de l'hôpital Beaujon. On voudrait épargner les coupables, fils de gens haut placés. L'amnistie est décidément à la mode.

Quant à nous, il nous semble que l'enseignement public n'a rien à perdre en se débarrassant de ceux qui commencent leur vie par la fraude et le cambriolage. Nous croyons, d'ailleurs, qu'une facile indulgence, qui sent la peur de la lumière, est incompatible avec les traditions d'équité franche et loyale dont s'honore l'Université. Nous avons, nous aussi, notre honneur, comme l'armée : nous saurons le faire respecter, peut-être aussi bien qu'elle, mais par des moyens contraires.

C'est pourquoi nous venons vous demander l'appui de votre vaillant journal pour mener une fois de plus, s'il est besoin, la campagne pour la justice contre les fourberies.

Veuillez agréer, etc. *Un groupe d'étudiants.*

Paris, 11 décembre 1899.

Nous ne saurions partager l'opinion de certains de nos confrères de la presse médicale qui voudraient que la punition du ou des coupables soit purement administrative. Nous pensons que M. le Directeur de l'Assistance a bien fait de se dessaisir de cette affaire et de la laisser complètement entre les mains du juge d'instruction. Plus les coupables sont haut placés, plus leur responsabilité est grande, moins ils ont de circonstances atténuantes à leur mauvaise action, plus la punition doit en être lourde. Le concours de l'internat de cette année n'aurait été, prétend-on, qu'une suite d'irrégularités et de fraudes dont le cambriolage de Beaujon n'aurait été que le couronnement. Il est temps de mettre un terme à ces mœurs par trop décadentes et de rappeler aux jeunes gens de nos écoles, qu'aux honneurs des succès, il est quelque chose de bien supérieur, c'est l'honneur sans épithète. J. Noir.

L'hygiène publique en France.

D'habitude, lorsque le *Comité consultatif d'hygiène publique* se réunit en séance plénière — ce qui est de plus en plus rare — M. H. Monod, directeur de l'hygiène et de l'Assistance publiques, donne, avant la discussion des affaires à l'ordre du jour, des renseignements sur l'état sanitaire de la France, sur les épidémies qui existent dans les départements, Paris et la Seine exceptés. C'est à l'occasion d'une communication de ce genre, à la séance du commencement d'octobre, que, M. Monod, n'en parlant pas, faute de renseignements, nous avons signalé l'existence de la fièvre typhoïde à l'état épidémique dans plusieurs communes de la Charente-Inférieure, notamment à Saint-Sulpice de Royan. Nous pouvions d'autant plus en assurer la réalité que M. le Dr Torchut, dont on vient de lire la relation très intéressante des épidémies de Saint-Sulpice et de Maine-Arnaud (1), avait eu l'obligeance de nous faire visiter la localité et les malades.

M. H. Monod s'est empressé de réclamer des renseignements officiels à M. le préfet de la Charente-Inférieure. Celui-ci a demandé au sous-préfet de Marennes (dans l'arrondissement duquel se trouvent les foyers en question), par une note en date du 24 octobre, « de vouloir bien lui faire connaître si un certain nombre de cas de fièvre typhoïde avaient été observés à Saint-Sulpice de Royan. »

Voici la réponse stupéfiante du sous-préfet. Elle est datée du 25 octobre : « *TROIS CAS de fièvre typhoïde ont été signalés à la sous-préfecture de Marennes le* 23 *avril* 1896. **Aucun cas** *n'a été signalé depuis cette date.* »

En 1896, ce n'est pas *trois cas* de fièvre typhoïde qui se sont produits. M. le Dr Torchut a donné ses soins à *huit* typhoïdiques. Cette année (1899), ce n'est pas *aucun cas* de fièvre typhoïde, c'est *quatorze cas* en y comprenant les trois malades de la famille Trocq..., dont ont parlé les journaux politiques, le *Temps* entre autres, et les deux cas du Dr Chabert.

La réponse du sous-préfet est d'autant plus surprenante que le maire de Saint-Sulpice était tenu au cou-

(1) Nous aurions pu citer d'autres communes, par exemple Vaux et Saint-Palais, etc.

rant de la marche de l'épidémie par M. Torchut et que, sur ses conseils, il avait fait inviter, à son de tambour, les habitants à ne faire usage que d'eau bouillie.

Et voilà comment préfets et sous-préfets renseignent trop souvent le ministère de l'Intérieur sur les épidémies qui se produisent dans leurs circonscriptions.

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 décembre 1899.

Sur l'existence de l'arsenic chez les animaux, à l'état normal, et sa localisation dans certains organes.

M. GAUTIER affirme, d'après ses recherches, la présence constante de l'arsenic dans la glande thyroïde de tous les animaux herbivores et carnivores, et de l'homme luimême, à doses très faibles, il est vrai, mais pondérables. On en trouve encore, bien qu'en moins grande quantité, dans le thymus, le cerveau et la peau ; tous les autres organes, ainsi que le sang, en sont dépourvus à l'état normal. Dans la glande thyroïde de l'homme, M. Gautier a trouvé jusqu'à 0 gr., 001 d'arsenic pour 127 grammes de glande. Cet arsenic lui est fourni par un certain nombre d'aliments dans lesquels on peut constater aussi sa présence; il est apporté probablement par les globules blancs et se fixe sur le noyau des cellules où on le trouve combiné aux nucléines. Ces nucléines arsenicales doivent être rapprochées des nucléines phosphorées. Un dernier point qui mérite d'être relevé, à cause des conséquences qu'on peut en tirer au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique, c'est que la présence de l'arsenic est aussi nécessaire que celle de l'iode au bon fonctionnement de la glande thyroïde.

Sur un cas d'hémiplégie hystérique guéri par la suggestion hypnotique et étudié à l'aide de la chronophotographie.

M. MARINESCO a observé une femme de 28 ans, sujette à divers accidents nerveux et qui, à la suite d'une discussion avec son mari, fut prise d'un tremblement de la moitié droite du corps, puis d'un mutisme absolu, suivi d'une syncope. Au réveil, le mutisme persistait et la malade présentait une hémiplégie du côté droit. La parole revint, mais l'hémiplégie subsista, sans qu'il y eût cependant déviation de la face. Au bout d'un mois, l'hémiplégie persistait, bien que moins accusée. Le bras droit n'exécutait que des mouvements restreints ; la main, tout en conservant le mouvement des doigts, ne développait aucune pression sensible au dynamomètre. A la jambe, la malade accusait une sensation d'engourdissement et de fourmillement; les mouvements de flexion du genou et de la cheville étaient à peu près abolis. Il existait une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté droit; on notait, en outre, l'abolition du réflexe plantaire, avec conservation du réflexe rotulien et des réflexes du membre supérieur. L'intelligence était conservée, très vive même. On se trouvait donc bien en présence d'une hémiplégie hystérique. La marche était bien celle que Todd et Charcot ont attribuée à l'hémiplégie hystérique. Or, comme les cas de ce genre peuvent guérir sous l'influence de la suggestion, M. Marinesco mit la malade en état d'hypnotisme et lui suggéra l'idée que ses membres n'étaient plus engourdis et qu'elle pouvait marcher. De fait, cette femme a recouvré la marche, et la guérison s'est maintenue depuis deux mois, avec disparition de tous les stigmates hystériques. L'étude chronophotographique de la marche de cette malade a montré que le type de la marche des hémiplégiques hystériques est sensiblement plus compliqué que celui qu'on admet d'après Todd. La patiente ne traîne pas seulement la jambe paralysée, mais le transport de ce membre se fait péniblement et se trouve secondé par les inclinaisons du tronc en avant et latéralement. En outre, dans l'appui sur l'extrémité malade, la jambe saine accomplit très rapidement la seconde phase de son oscillation.

PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 décembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr BOUCHARD.

M. THÉOHARI. — La doctrine longtemps classique pour la *structure fine de l'épithélium rénal* est celle d'Heidenhain; ces cellules sont parcourues, par des bâtonnets qu'on peut dissocier dans toute leur étendue; cette description fut modifiée par Alttmann qui ne décrivait dans ces cellules que des granulations fuchsoïnophiles, puis par Rolhstenn, Sauer, qui décrivirent des filaments granuleux. Pour Sauer, la bordure en brosse ne présente aucune modification sécrétoire. Les fixations au liquide de Flemming permettent de voir sur des corps très minces (2 μ.) qu'il existe dans la cellule rénale un réticulum protoplasmique bien mis en évidence par Konzchwartz. Les mailles du réseau sont allongées suivant le grand axe de la cellule. En mordançant les coupes à l'alun de chrome, suivie de coloration (procédé d'Alttmann), on constate la constitution granuleuse du réseau ; les granulations sont incluses dans le réseau, nodales et disposées comme le trait réticulaire longitudinal qui sépare deux séries de mailles voisines, en série parfaitement linéaire (cellules coupées en long). Les fixations au formol montrent les granulations en série linéaire, mais pas le réseau. Dans certaines mailles on trouve des granulations safranophiles (une par maille). Ceci s'applique au rein du chien, du cobaye, du chat, du lapin. A la suite d'un fonctionnement exagéré (pilocarpinisation) la bordure en brosse est exagérée.

Il étudie ensuite les lésions expérimentales par des agents physiques, chimiques, microorganiques et leurs toxines. Ces lésions sont connues, mais ce qu'on sait moins c'est :

1° Le moment précis où commence l'altération cellulaire; 2° la filiation des lésions; 3° l'instant où la lésion cellulaire est irréparable.

Les expériences ont été faites par différentes séries de poisons :

1° Avec des poisons minéraux ou organiques (phosphore, sublimé, cantharidate de potasse); 2° avec des injections de tuberculine; 3° avec d'autres injections microbiennes, tetanos). Dans tous les cas, la première lésion appréciable, c'est la tuméfaction du réticulum protoplasmique; le réseau et les granulations réticulaires sont empâtés, moins colorables; dans chaque maille de réseau, on voit apparaître des granulations fines, colorées en rose sale par la fuschine acide, en bleu foncé par la nigrosine. Plus tard le réseau est déchiqueté, puis disparaît. Les granulations de néoformation se détachent sur un fond absolument clair; elles sont plus volumineuses, plus colorables et moins nombreuses à mesure que la lésion est plus avancée. Par l'hyperthermie, par l'ischémie renale temporaire, Théohari a constaté que la tuméfaction du réseau avec fines granulations dans les mailles est une lésion réparable; la disparition totale du réticulum est une lésion irréparable. La cellule n'est pas morte pour cela; mais cette transformation granuleuse lui donne d'autres propriétés (passage de l'albumine). Les lésions du noyau sont parallèles à celles du protoplasma.

MM. WERTHEIMER et LEPAGE ont déjà étudié l'action réflexe de l'irritation du duodenum sur le pancréas même isolé de toute intervention nerveuse. Une nouvelle série d'expériences leur permet d'affirmer que l'irritation de la muqueuse du jejunum peut être le point de depart du réflexe secreteur de cette glande. Au niveau du jejunum l'action est inconstante; au niveau du cæcum, nulle.

Les pneumogastriques et les sympathiques étant sec-

tionnés, la moelle enlevée à partir de la 8e vertèbre dorsale, les résultats sont donc absolus : il y a deux arcs réflexes periphériques qui unissent le pancréas à la muqueuse intestinale : l'un qui relie directement le duodénum aux ganglions du pancréas ; l'autre qui relie le jéjunum par l'intermédiaire des ganglions centraux du sympathique abdominal. C'est donc ici l'excitant physiologique qui dans la muqueuse impressionne les extrémités des nerfs sensibles.

MM. Toulouse et Raschide continuent leur étude de l'olfaction et établissent un parallèle entre la distraction et l'attention sensorielle, notamment au point de vue de l'olfaction.

M. Gellé observa chez un homme qui faisait beaucoup d'exercices sportiques sans jamais s'essouffler des accès d'asthme dès qu'il se couchait sur le côté droit. L'examen décela une sténose nasale gauche, compliquée depuis peu d'une surdité par sclérose de date ancienne à gauche. Dès que le décubitus a lieu à droite, le malade ne peut plus respirer et doit se lever. La sténose guérie, ces accidents ne reparurent plus la nuit.

M. Gellé a observé que dans le décubitus latéral, le côté couché a une ampliation beaucoup moindre ; le côté non comprimé est donc supplémentaire ; en bouchant la narine de ce côté libre, on supprime du coup l'entrée de l'air en quantité suffisante et l'étouffement se produit.

M. Loisel étudie les glandes génitales et le processus qui préside à la fonction de la spermatogénèse. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 12 décembre 1899.

La séance est occupée toute entière par la lecture du rapport de M. Vallin sur les prix de l'Académie et par l'éloge de Roger prononcé par M. Bergeron.

Voici la liste des prix décernés. Nous donnerons dans le prochain numéro les prix proposés par l'Académie.

Prix de l'Académie : 1.000 francs. — Question : *Physiologie et pathologie de la grande thyroïde.* Un prix de 600 francs à M. M. Garnier, interne des hôpitaux de Paris ; un prix de 400 francs à MM. Enriquez et Lamy (de Paris); mention honorable à M. Gauthier (de Charolles).

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil): 800 francs. — A M. L. Ombredanne, interne des hôpitaux de Paris (Les lames vasculaires dans l'abdomen, le bassin et le périnée).

Prix Amussat : 1.000 francs. (Triennal). — L'Académie ne décerne pas le prix mais elle accorde à titre d'encouragement : 400 francs à MM. G. Carrière, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille (De la ligature des vaisseaux spléniques chez l'animal et chez l'homme); 200 francs à M. Lardennois, interne des hôpitaux de Paris (De l'anastomose entéro-rectale et de son exécution par le procédé de l'emporte pièce).

Prix d'Argenteuil : 6.890 francs. (Sexennal). — 1.500 francs à MM. Bazy, chirurgien des hôpitaux, Chailloux (de Paris), et J. Escat (de Marseille) (De la castration dans l'hypertrophie de la prostate), 1.500 francs à MM. Poncet, professeur, et X. Delore, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon (Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques); 1.500 francs à MM. M. Wassermann et N. Hallé (de Paris) Contribution à l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre); 700 francs à M. E. Chevalier, chirurgien des hôpitaux de Paris (Chirurgie des voies urinaires); 700 francs à M. O. Pasteau (de Paris (Etude sur le rétrécissement de l'urètre chez la femme); 450 francs à M. L. Imbert (de Montpellier) (Le cathétérisme des uretères par les voies naturelles); 450 francs à M. B Moltz (de Paris) (Contribution à l'étude de la structure histologique de l'hypertrophie de la prostate).

Prix François-Joseph Audiffred : un titre de 24.0 0 francs de rente. — Les travaux sur ce sujet, présentés à l'Académie, n'ont pas obtenu de récompenses.

Prix Barbier : 2.000 francs. — Un prix de 1.500 francs à M. P.-L. Simond, médecin principal du corps de santé des colonies, directeur du laboratoire de bactériologie de Saigon (La propagation de la peste); un prix de 500 francs à M. Auché, pharmacien de 2e classe de la marine (La lèpre en Nouvelle-Calédonie en 1898). Mentions honorables à : M. G. Carrière, professeur agr. à la Faculté de médecine de Lille (Tentatives expérimentales d'immunisation contre le tétanos et le venin des serpents) ; M. P. Cozette, médecin-vétérinaire à Noyon (Oise) (Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la fièvre vitulaire).

Prix Mathieu Bourceret. : 1 200 francs. — Un prix de 900 francs à M. M. Doyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. (Circulation du sang) ; un prix de 300 francs à M. X. Delore (de Lyon) (Circulation utérine, placentaire et fœtale). Mentions honorables à : M. F. Bousquet (de Paris) (Recherches cryoscopiques sur le sérum sanguin); M. J. Jolly (de Paris) (Recherches sur la valeur morphologique et la signification des différents types de globules blancs).

Prix Henri Buignet : 1.500 francs. — A MM. Barthélemy et Oudin, (de Paris) (Application de la méthode Rœntgen aux sciences médicales).

Prix Capuron : 1.000 francs — Question : *Des modifications du placenta et des membranes de l'œuf retenus dans l'utérus.* A MM. Segall et Weinberg (de Paris). Mention honorable à M. J. Fabre, chef des travaux de la clinique obstétricale de l'Université de Lyon.

Prix Chevillon : 1.500 francs. — Le prix n'est pas décerné. Encouragement de 500 francs à M. U. Guinard (de Paris) (La cure chirurgicale du cancer de l'estomac).

Prix Civrieux : 800 fr. — Question : *Du nervosime.* Le prix n'est pas décerné. Récompense de 500 francs à MM. A. Marie, directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, et A. Vigouroux, médecin de cette colonie.

Prix Clarens : 400 francs. — A M. G. Sersiron (de Paris) (Les phtisiques adultes et pauvres en France, en Suisse, en Allemagne). Mentions honorables à : MM Lévy, adjoint à l'intendance militaire et Talayrac, médecin-major de 2e classe au 4e bataillon d'artillerie à pied à Verdun (Contribution à l'étude de la congélation des viandes), M. J. Casteret. médecin-aide-major de 1re classe au 126e d'infanterie à Toulouse (Le kéfir à l'eau comme boisson hygiénique dans l'armée).

Prix Daudet : 1.000 fr. — Question : *Du lymphadénome.* Le prix n'est pas décerné. Encouragement, avec une somme de 800 francs, à MM. F. Besançon et M. Labbé (de Paris). Mention honorable à MM. Leredde (de Paris) et E Weil, interne à l'hôpital de la Pitié.

Prix Desportes : 1 300 francs. — Un prix de 1.000 à MM. E. Schoull, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tunis, et P. Remlinger, médecin aide-major de 1re classe, chef du laboratoire militaire de bactériologie de Tunis. (De l'efficacité de la médication créosotée dans les maladies de l'appareil respiratoire autres que la tuberculose). Mention très honorable avec une somme de 300 francs à M. G. Variot, médecin de l'hôpital Trousseau à Paris. (La diphtérie et la sérumthérapie). Mentions honorables à : M. P. Carnot (de Paris) (Recherches sur différents hémostatiques coagulants et particulièrement la gélatine et le chlorure de calcium) ; M. H. Leroy-Dupré (de Paris) (Traité d'hydrothérapie).

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1899, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 2.000 francs à M M. Faure pour sa mission à Néris et son rapport sur Saint-Sauveur ; 1.750 francs à M. Cadol pour sa mission à Gréoulx et son rapport à Molitg et Le Vernet.

Prix Ernest Godard : 1.000. — Un prix de 800 francs à M. G. Potel (de Lille) (Etudes sur les malformations congenitales du genou) ; Récompense de 200 francs à M. J. Escat (de Marseille) (Infiltration d'urine et péri-urétrite).

Prix Théodore Herpin (de Genève) : 3 000 fr. — A M. P. Janet (Névroses et idées fixes. L'automatisme psychologique). Mentions honorables à : M. P. Ardin-Delteil (de Montpellier) (L'épilepsie psychique dans ses rapports avec l'aliénation mentale et la criminalité) ; M. M. Faure, interne des hôpitaux de Paris (L'épilepsie. Les délires. La confusion mentale et les psychoses toxi-infectieuses),

Prix Laborie : 5.000 francs. — Un prix de 1.500 francs à M H. Delagenière (du Mans), pour sa chirurgie de l'utérus ; un prix de 1.500 à M Jeannel, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse. pour sa chirurgie de l'intestin ; un prix de 1.000 francs à M. E. Cestan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse (La thérapeutique des empyèmes); deux récompenses de 500 francs à : MM. Letulle et Weinberg (de Paris) (Recherches histo-pathologiques sur les appendicites) ; M. Ed. Loison, médecin-major de 2e classe. professeur au Val-de-Grâce (Des blessures du péricarde et du cœur et de leur traitement) Mentions honorables à : MM. M. Peraire et F. Mally (de Paris) (Des formes de la métatarsalgie (névralgie de Morton) et de son traitement chirurgical); M. Z. Samlirescu, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Jassy (Amputations ostéo-plastiques appliquées dans la continuité des os longs) ; M. Ad. Sechehaye (de Genève) (Localisation des corps étrangers au moyen des rayons Rœntgen).

Prix du baron Larrey : 500 francs — A M. G.-A. Raynaud, médecin en chef des colonies (Considérations sanitaires sur l'expédition de Madagascar et quelques autres expéditions coloniales). Mention très honorable à MM. O. Arnaud, médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé du 12e corps d'armée, et P. Lafeuille, médecin aide-major de 1re cl. au 63e d'infanterie à Limoges (Statistique, étiologie et prophylaxie de la tuberculose dans l'armée).

Prix Laval : 1 000 francs. — A M. F.-J. Mallet, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Lefèvre : 1.800 francs (Triennal). — Question : *De la mélancolie*. Le prix n'est pas décerné. Récompense de 1.000 à MM. H. Dufour et Roques de Fursac (de Paris).

Prix Henri Lorquet : 300 francs. — A M. P. Tissié (de Bordeaux) (Les rêves; physiologie et pathologie; mémoires divers). Mention très honorable à M P. Dheur (d'Ivry-sur-Seine) (Hallucinations volontaires, etc).

Prix Meynot aîné père et fils (de Dronzère, Drôme) : 2.600 francs. — L'Académie ne décerne pas le prix. Encouragements de 1.000 francs à : M B. Scrini (de Paris) (Les collyres huileux). M. de Brudzewski (de Lemberg, Autriche) (L'influence de la forme de la cornée sur l'aberration de sphéricité de l'œil) Mentions honorables à : MM. E. Nicolas, vétérinaire en second au 6e hussards, et C. Fromaget, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux (Précis d'ophtalmoscopie vétérinaire). M. E. Rollet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux de Lyon (Traité d'ophtalmoscopie).

Prix Adolphe Monbinne : 1 500 francs. — L'Académie partage le prix entre M. J. Lignières, chef des travaux de police sanitaire à l'Ecole d'Alfort, en mission à Buenos-Ayres (Contribution à l'étude des pasteurelloses), et M. R. Wurtz, professeur agrégé à la Faculté et médecin des hôpitaux de Paris (Hygiène publique et privée en Abyssinie). Mention honorable à M. M. Cognacq, médecin de 1re classe des colonies (La lèpre en Cochinchine).

Prix Nativelle : 300 francs. — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Oulmont : 1.000 francs. — A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine) A M. E. Lesné, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Prix Portal : 600 francs.—Question : *Etudier sur les animaux l'inoculation du cancer*. L'Académie n'ayant pas reçu de travail pour ce prix remet la question au concours pour 1902.

Prix Pourat : 700 francs — Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoides*. Le prix n'est pas décerné. La même question est remise au concours pour 1902.

Prix Philippe Ricord : 600 francs. (Biennal). — L'Académie partage le prix entre M. Ed. Fournier, chef de clinique de la Faculté de Paris (Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis), et M. L. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare (Blennorrhagie et mariage).

Prix Vernois : 700 francs. — L'Académie partage le prix entre M. Dupard, médecin-major de 2e classe, attaché à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon (La fièvre typhoïde dans les Alpes et l'assainissement des régions alpines), et M. Ed. Imbeaux, ingénieur des ponts et chaussées, directeur du service municipal de Nancy (Les eaux potables et leur rôle hygiénique dans le département de Meurthe-et-Moselle). Mentions honorables à : MM. Boinet, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille, et Huon, vétérinaire inspecteur général du service des viandes aux abattoirs de Marseille (Etude de la tuberculose à Marseille; sa prophylaxie). M. A. Morel, vétérinaire sanitaire aux abattoirs de Vaugirard, Paris (Des clos d'équarrissage; industrie, hygiène publique et professionnelle, police sanitaire et législation). M L. Chastang, médecin de 1re classe de la marine (Nos pêcheurs d'Islande, hygiène et pathologie professionnelles, assistance médicale). M. A. Chuquet (de Cannes) (L'hygiène des tuberculeux). M. E. Mauchamp (de Chalon-sur-Saône) (L'allaitement artificiel des nourrissons par le lait stérilisé). M. Pecker (de Maule, Seine-et-Oise) (La puériculture intra et extra-utérine par l'assistance scientifique et matérielle à domicile).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES.

Médaille d'or : M. A. Carnot, membre de l'Institut, pour l'ensemble de ses travaux relatifs à l'analyse chimique des eaux minérales.

Rappel de médaille d'or : M. Senac-Lagrange (de Cauterets).

Médailles d'argent : MM. Bénard de Saint-Christau). Bernard (de Plombières). Fiquet (d'Aix-les-Bains). Niepce (d'Allevard). Pessez (de Châtel-Guyon).

Rappels de médailles d'argent : MM. Censier (de Bagnoles-de l'Orne). Chiais (d'Evian). Dresch (d'Ax). Duhourcau (de Cauterets) Forestier (d'Aix-les-Bains). Morice (de Neris). Royer (de Challes). Verdenal (des Eaux-Chaudes).

Rappel de médaille de bronze : M. Poulain (de Bagnoles-de-l'Orne).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES.

Rappel de médaille d'or : M. Pennetier (de Rouen).

Médailles de vermeil : MM. Boquin (d'Autun). Delacour (de Rennes). Ollé (de Saint-Gaudens).

Rappels de médailles de vermeil : MM. Balestre (de Nice). Vergely (de Bordeaux).

Médailles d'argent : MM. Baudin (de Besançon). Hoël (de Reims). Legrain (de Bougie). Legros (de Rochefort). Loir (de Tunis). Mordret (du Mans).

Rappels de médailles d'argent : MM. Cavrillon (de Carpentras). Jaubert, médecin-major (de Saint-Martin de-Ré). Lesueur (de Bernay). Magnant (de Gondrecourt). Mantel (de Saint-Omer). Marty, médecin-major de 1re classe (de Belfort). Reumaux (de Dunkerque). Rouget, médecin-major (d Alger).

Médailles de bronze : MM. Alirol (du Puy). Aubry (de Sétif). Billet (de Lons-le-Saunier). Bruncher (de Batna). Courtade (d'Outarville, Loiret). Crévecœur (de Calais). Descosse, médecin-major (de Sfax, Tunisie). Deumier, médecin-major (de Lorient). Féraud (de Philippeville). Ficatier (de Bar-le-Duc). Joly, médecin-major (de Teniet el-Haad, Algérie). Lagrange (de Chalon-sur-Saône). Lestoquoy (d'Arras). Misset (de Dijon). Mougeot (de Saigon). Peltier (de Sedan). Pillet (de Niort). Piquet (de Constantine). Quenouille (de Sens). Quéré (de Guingamp). Schwartz (d'Arris, Constantine).

Rappels de médailles de bronze : MM. Bergasse, médecin-major (de Valence). Dezautière (de la Nièvre). Gautier (de Charolles). Paris (de Maréville, Meurthe-et-Moselle). Provendier, médecin-major (de Guingamp). Tartière, médecin-major (de Lyon).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

Médaille d'or : M. Barthès (de Chartres).

Médailles de vermeil : MM. Audoin, inspecteur départemental (de Périgueux). Bauzon (de Chalon-sur-Saône). Tourneur, inspecteur départemental (de Saint-Etienne).

Rappels de médailles de vermeil : MM. Baratier (de Jeugny, Aube). Brallet (de Thillot, Vosges). Delobel (de Noyon, Oise). Denizet (de Château-Landon, Seine-et-Marne). Deuergny (de Saint-Simon, Aisne). Durand (de Saint-Martin d'Auxigny, Cher). Gaudelfroy (de Vatan, Indre). Girat fils (de Neuvy-Saint-Sépulcre, Indre). Grosjean (de Montmirail, Marne). Jenot (de Dercy, Aisne). Joly (de Fauquembergues, Pas-de-Calais). Lauth (de Saint-Germain-en-Laye, Seine-et-Oise). Lebault (de Saint-Vit, Doubs). J. Lemoine (de Paris). Pelvet (de Vire, Calvados). Regnould (de Villeneuve-la-Guyard, Yonne). Serrès, inspecteur départemental (de Nevers). Lehmouzin, inspecteur départemental (de Nantes).

Médailles d'argent : MM. Chavanon (de La Rochelle) Clary (de Cahors). Courtade, d'Outarville (Loiret). de Welling (Seine-Inférieure) Zavitziano (de Constantinople). Meige, inspecteur départemental (de Niort) Roche, inspecteur départemental (de Grenoble): Rouveyre, inspecteur départemental (de Privas).

Rappels de médailles d'argent : MM. Auvert (d'Aurillac). Bee (d'Avignon). Bouju (d'Orléans). Frémicourt (de Jaulgonne, Aisne), Laurent (de Saint-Saulge, Nièvre). Boucoiran, inspecteur départemental (d'Angoulême). Geay, sous-inspecteur (de Rennes). Martin-Dupont, inspecteur départemental de Montpellier).

Médailles de bronze : MM. Benoist (de Vannes). Corneau (d'Authon, Eure-et-Loir). Cosson (d'Epinal). Danvin (de Koléa, Algérie). Faidherbe (de Roubaix). Gignoux (de Lyon). Gloppe (de Roanne). Gomot (de Guéret, Creuse). Guillemant (de Bourlon, Pas-de-Calais). Hamel (de Saint-Brieuc). Joly (de Bourges). Loridant (de Brou, Eure-et-Loir). Mouflier (de Villers-Cotterets, Aisne). Ruffié (de Gardanne, Bouches-du-Rhône). Sellier (de Versailles). Servas (de Bourg). Sibercaze (de La Ferté-Alais, Seine-et-Oise). Vérette (de Besançon), etc.

Rappels de médailles de bronze : MM. Chabanet (de La Châtre, Indre). Delevalle (de Sailly-sur-la-Lys, Pas-de-Calais), Heurteau (de Fay-aux-Loges, Loiret).

SERVICE DE LA VACCINE.

Un prix de 1 000 francs à partager ainsi : 500 francs à M. Crimail (de Nantes); 500 francs à M. Schwart, (d'Arris, Constantine).

Des médailles d'or à : MM Casteret, médecin aide-major (de Toulouse). Drouineau, médecin aide-major (de Vincennes). Grèghre (de Mascara, Algérie). Rouget, médecin major (d'Alger).

Des rappels de médailles d'or, à : MM. Cassedebat (de Le Puy). Chounaux-Dubisson (de Villers-Bocage). Lop (de Marseille). Simond, médecin principal des colonies (de Saigon).

Des médailles de vermeil, à : MM. Augry, médecin-major (de Querqueville, Manche). Bossion (de La Medjana, Constantine). Carpot (de Saint-Louis du Sénégal). Cognacq, médecin de 1re classe des colonies (de Saïgon). Coste (de Marseille). Crozes, médecin des colonies (d'Aïn-Beida, Constantine). Faidherbe (de Roubaix). Tédeschi, médecin des colonies (de Nam-Dinh, Tonkin). Vergoz, médecin principal des colonies. Mme Laborde (de Bergerac).

Des rappels de médailles de vermeil, à : MM. Bernhard, médecin-major (de Géryville, Oran). Duvernet (de Paris). Fuzet du Pouget (de Casteljau, Ardèche). Laffage (de Dra-el-Mizan, Alger). Lagarde (de Montauban). Mougot (de Saïgon). Poujol (d'Alger). Trolard (d'Alger). De Welling (de Rouen). Mme Jauze (de Tarascon).

Des médailles d'argent à : MM. Barbier (de Paris). Bardot, médecin-major (de Fort-National, Alger). Bichon (de Blain, Loire-Inférieure). Bindé (d'Ancenis). Blesson (de Montreuil-sous-Bois). Bonnecaze (de Courbevoie). Boulet (de Saint-Didier-la-Séauve, Haute-Loire). Calton (de Paris). Carpentier-Méricourt (de Paris). Challiol, médecin aide-major (de Laghouat). Charrier (de Nort, Loire-Inférieure). Colldecarréra (de Bages, Pyrénées-Orientales). Conil (de Paris). Courgey (d'Ivry). Courtade (d'Outarville, Loiret). Delarue (de Paris). Domeck (de Crémieu, Isère). Dourlens (de Bruay, Pas-de-Calais). Doury (de Paris). Dubousquet (de Saint-Ouen). Durand (d'Arcueil-Cachan). Duronéa (d'Ustaritz, Basses-Pyrénées). Gagnières (de Bourgoin, Isère). Ganivet-Desgraviers (de Mansle, Charente). Gardette (de Saint-Genest-Malifaux, Loire). Gaupillat (de Troyes). Gérard, Gourichon, Hamaide (de Paris). Hervey (de Troyes). Hotchkiss, médecin aide-major (de Ouargla, Alger) Isnel (de Vizille, Isère). Laurent (de Paris). Le Doze (de Clohars-Carouët, Finistère). Le Gallic (de Bauvalec, Finistère). Leniez, médecin aide-major (d'Alger). Le Port (de Lanildut, Finistère). Lucas, Magnin (de Paris). Michaux (d'Aubervilliers). Montignac (de Paris). Mouflier (de Villers-Cotterets, Aisne). Nicole (de Lambézellec, Finistère). Orval (de Paris). Rouffignac (d'El-Goléa, Alger). Sage (de la Tour-du-Pin, Isère). Salmon (de Paris). Saussol (de Montpellier). Tagnard (de La Mure, Isère). Tariote (de Levallois-Perret). Terrasse, médecin aide-major (de Bou-Saâda, Alger). Tolédano (de Paris). Vallat (de Vincennes). Weil, Yvon, Zibelin, Berthcrand, internes aux Enfants-Assistés, Nobécourt, interne aux Enfants-Assistés (de Paris). et à 17 sages-femmes.

Des rappels de médaille d'argent à : MM. Baratier (de Jeugny, Aube). Bardy (de Belfort). Bascou (de Bouisse, Aude). Boquin (d'Autun). Bouzol (du Cheylard, Ardèche). Chalvet (de Lavigerie, Alger). Colin (de Quimper). Corson (de Guingamp). Courteneuve (de Saint-Claud, Charente). Denizet (de Château-Landon, Seine-et-Marne). Dorain (de Nantes). Frémicourt (de Jaulgonne, Aisne). Gaillardon (d'Aubeterre, Charente). Gounand (de Besançon). Grias (de Pont-Aven, Finistère). Gustin (de Noirmoutier). Helley (de Clichy). Jenot (de Dercy, Aisne). Lacaze (de Montauban). Lafite (d'Epinal). Le Guével (de Pont-l'Abbé, Finistère). Marty, médecin aide-major (de Djelfa, Alger). Massina (du Boulou, Pyrénées-Orientales). Morvan (de Pleyben, Finistère). Néis (de Pont-Croix, Finistère). Pethiot (du Conquet, Finistère). Pilet, médecin-major (du Havre). Piot (d'Aiguebelle, Savoie). Plantard (de Chantenay, Loire-Inférieure). Quéré (de Caltac, Côtes-du-Nord), Reisser d'Oued-Frodda, Alger). Sahut (de Gannat). Sanquer (de Morlaix). Vivier (d'Angoulême). Pourquier, médecin-vétérinaire (de Montpellier), et à 21 sages-femmes dont Mme Hanicot, sage-femme en chef de la clinique Tarnier, à Paris, Mme Roze, sage-femme en chef de la clinique Baudelocque, et à Mme Thierry, sage-femme en chef de la Maternité, à Rouen.

Médailles de bronze : MM. Alexandre (d'Arques, Pas-de-Calais). Cumino (de Saint-Jean-de-Luze). Carrière (de Saint-Ybars, Ariège). Casedevant (de Saint Jean-Pied-de-Port, Basses-Pyrénées). Chapoutot (de Buxières-les-Mines, Allier). Chevreuil (de Sucé, Loire-Inférieure). Delaurier (de Chevagnes, Allier). Faur (d'Ercé, Ariège) Favre (d'Annemasse, Haute-Savoie). Forest (de Troyes). Georgiadès (de Jaulgonne, Aisne). Kozicll (d'Oued-Marsa, Constantine) Malafosse, médecin-major (de Decize, Nièvre). Pellerin (de Neuilly-le-Réal, Allier). Sigaud (de La Chambre, Savoie). Wrisez (de Capendu, Aude), et à 9 sages-femmes.

Des rappels de médailles de bronze, à MM. Bégusseau (de Sécondigny, Deux-Sèvres). Daguet (de Plumelec, Morbihan). Dermigny (de Saint-Simon, Aisne]. Fodéré (de Saint-Jean-de-Maurienne, Savoie). Geffroy (de Carhaix, Finistère). Luquet (de Toulon-sur-Arroux, Saône-et-Loire). Roudouly (de Caussade, Tarn-et-Garonne). Tisserand (de Saint-Jean-de-Losne, Cote-d'Or), et à 4 sages-femmes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 décembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Appendicite et obstruction intestinale.

MM. AVIRAGNET et BERNARD ont observé deux cas d'appendicite perforante coïncidant avec une obstruction intestinale. Dans le premier cas, l'obstruction était due à un cancer du côlon et l'appendicite ne fut constatée qu'à l'autopsie avec la péritonite qui en avait été la conséquence. Chez une seconde malade la cause de l'obstruction coexistant avec une appendicite perforante diagnostiquée, ne put être reconnue à l'opération et l'on ne put faire l'autopsie de la malade.

M. HAYEM rappelle que dans ces cas l'examen du sang permettrait de déceler les péritonites, car dans les phlegmasies péritonéales il y a toujours augmentation de fibrine et hyperleucocytose.

M. PARMENTIER s'est servi avec succès du procédé dont parle M. Hayem pour diagnostiquer la péritonite chez une malade tombé dans le collapsus.

M. LETULLE fait remarquer que par simple effet mécanique sans appendicite on observe des dilatations, et des ruptures de l'appendice au cours de l'évolution des cancers du côlon.

Parotidite saturnine.

M. PETIT présente un saturnin atteint d'une parotidite qu'il croit être d'origine saturnine et produite par l'élimination du plomb par la salive.

L'alcoolisme dans les hôpitaux de Paris.

M. JACQUET donne lecture d'un important rapport sur ce sujet au nom d'une commission de la Société. Voici les conclusions de ce rapport qui ont été votées à l'unanimité par la Société :

Le devoir des médecins des hôpitaux est de combattre énergiquement, sur le terrain hospitalier, l'acoolisation *médicamenteuse*, l'acoolisation *administrative*, et le grand alcoolisme *public* Le rapporteur propose à l'administration de l'Assistance, les mesures suivantes : 1° Délivrance à chaque *sortant*, homme ou femme, d'un ou plusieurs « *memento* » succinct des dangers de l'alcool. 2° Pour préserver le personnel infirmier de la phtisie que lui vaut trop souvent la double influence de la contagion professionnelle et de l'alcoolisation, assurer à ce personnel, dans chaque hôpital, un lieu de réunion convenable, avec des jeux, des journaux, des livres, où il puisse, aux heures de loisir, se distraire et se préserver du cabaret. 3° Constituer, à titre permanent, une commission dite de « l'alcoolisme », qui, au cours de l'année, étudierait plus spécialement les questions afférentes, veillerait à la bonne exécution des premières réformes adoptées sous l'influence de la Société des hôpitaux, en étudierait de nouvelles et adresserait un rapport annuel sur ces divers points, bref, assurerait l'harmonie, la continuité et la progression des efforts. J. N.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE.

Séance du 13 décembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. DUFOURNIER.

Sur un rapport de M. WEIL, la Société a adopté le principe des *consultations du soir* dans les dispensaires dans le but de remédier à l'insuffisance des consultations hospitalières constatée récemment à l'Académie de Médecine par MM. Fournier, Fernet, Panas et Hallopeau (*Voir Progrès Médical* du 9 décembre, page 45.). Sur la proposition de M. DUBREUIL la question des soins donnés par les médecins de l'Assistance aux ouvriers victimes d'accidents du travail dont les patrons sont responsables, est mise à l'étude et M. NOIR est chargé de faire un rapport à ce sujet.

Le bureau de la Société est ainsi composé pour 1900 : Président : M. Barbillion. — Vice-présidents : MM. Malbec et Noir. — Secrétaire général : M. Billon. — Secrétaires annuels : MM. Dorison et Chastenet. — Trésorier : M. Kinzelbach. — Archiviste : M. Castinel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 décembre 1899.—PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

Traitement de la coxalgie.

M. MÉNAUD pense que la résection de la hanche a été déconsidérée à la suite d'un abus de cette intervention, fait surtout à l'étranger; pour lui la résection ne doit pas être rejetée, mais son opinion la-dessus n'est pas absolument faite. Au début de la coxalgie, il faut, autant que possible, essayer de ralentir la marche des lésions, en faisant vivre le malade au grand air, ce qui est possible souvent avec la mise de l'appareil platré qui fait cesser la douleur. Si la douleur persiste, c'est un indice d'une propagation du processus tuberculeux, — mais M. Ménaud attend la production de l'abcès pour intervenir —. Ces abcès sont traités par l'éther iodoformé, mais surtout par le thymol camphré qui n'est ni toxique, ni douloureux. En cas d'abcès rebelle ou de production de fistule, la résection avec curettage intégral lui a donné d'excellents résultats. Aussi ces deux indications, sont-elles pour M. Ménaud, de nature à justifier la résection; les suites opératoires sont généralement heureuses et simples, d'autant plus que l'on a eu affaire à des suppurations de date plus récente. Mais la résection ne doit être considérée que comme un moyen de drainage et par conséquent ne doit pas être suivie de réunion; les résultats orthopédiques dépendent beaucoup des soins donnés après l'opération et aussi de la durée de la suppuration. Sur 52 réséqués pour coxalgie fistuleuse, M. Ménaud n'a eu que 8 décès; 22 résections ont été faites sur des malades aseptiques et tous ont été suivis de succès.

M. BOYER présente un rapport sur un cas de *pneumatocèle du crâne*, observé par M. MALAVERT professeur suppléant de Montpellier; la tumeur communiquait avec le conduit auditif et en la comprimant, c'est par le conduit auditif externe qu'elle se vidait en produisant un sifflement manifeste; ce malade avait eu une mastoïdite; or dans les observations rassemblées par M. Boyer, jamais la pathogénie des pneumatocèles n'a trouvé son explication dans une suppuration mastoïdienne antérieure. La perforation pour M. Malapert, se serait produite au niveau de l'attique, une perforation du tympan la faisant communiquer avec l'extérieur. Quand au mode de traitement l'incision large, la recherche et la fermeture de la perforation paraissent constituer la pratique la plus légitime.

M. TUFFIER communique une étude clinique et radiographique des fractures en général. M. Tuffier veut surtout insister sur trois points : *a*) la fréquence de l'irréductibilité; *b*) la technique de la réduction; *c*) qu'il n'est pas absolument indispensable d'avoir une réduction parfaite pour obtenir un très bon résultat fonctionnel.

M. Tuffier a fait construire différents instruments pour obtenir une réduction plus complète, mais il pense que pour obtenir une réduction absolument parfaite une résection est presque indispensable.

M. QUÉNU présente un cas de gastrectomie chez un enfant qui présentait un rétrécissement infranchissable à la suite d'injestion de soude caustique. M. Quénu insiste sur la bénignité de l'intervention, sur la rapidité de la cicatrisation de la bouche stomacale, et enfin sur la facilité avec laquelle la perméabilité de l'œsophage s'est rétabli bien entendu d'une façon incomplète. SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 décembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. JULLIEN.

M. SUAREZ DE MENDOZA lit une *observation d'un cas d'hydrargyrisme*, analogue à celui de M. MILLÉE. Suivant le conseil de certains d'entre vous, Messieurs, qui m'honorent de leur bienveillante amitié, je désire vous communiquer officiellement l'observation que, il y a un mois, je faisais brièvement connaître en sortant de la séance oú fut faite la communication de M. Millée. Mme X..., âgée de 34 ans, mariée à 22, a eu, à son premier accouchement, des accidents puerpéraux graves (métro-péritonite) contre lesquels la glace et la pommade mercurielle furent largement employées. Elle eut, pendant le traitement, une grande inflammation de la bouche qui réclama l'emploi du chlorate de potasse à haute dose *intus* et *extra*. Depuis cette époque elle n'a jamais souffert de la bouche, ses dents étaient très belles et ses gencives tout à fait saines. En 1894, son mari, âgé de 41 ans eut, outre une affection nasale spécifique, des accidents de syphilis cérébrale (céphalalgie, fourmillements et parésie des bras, perte de la mémoire, troubles légers de la parole). Le traitement par les frictions mercurielles, suivant la méthode conseillée par M. Fournier, fut instituée. Dix jours après, Mme X... était prise d'une gingivite violente. J'ai voulu savoir si elle n'avait pas aidé son mari à faire les frictions, mais elle m'assura ne jamais s'en être occupée, me disant même que le mari, pour pouvoir rester près d'elle « mettait tous les soirs, par dessus sa flanelle, une chemise toute blanche. » J'engageai le ménage à faire lit à part, mais ma proposition fut refusée comme portant atteinte aux habitudes acquises et partant à l'union conjugale. Je dus me contenter d'engager ma cliente à dormir avec un vêtement spécial qui supprimerait, en toute occasion, le contact immédiat des grandes surfaces du tégument externe. La gingivite cessa au bout de quelques jours sous l'influence du traitement classique. Pendant les périodes de repos du traitement spécifique, le vêtement sus-indiqué fut enlevé et repris de nouveau aux périodes de traitement. Deux fois la malade le supprima à mon insu et deux fois une poussée de gingivite se fit sentir. Pour en avoir le cœur net, j'engageai la malade à coucher sans son vêtement sous les mêmes draps, mais légèrement éloignée de son mari. La gingivite revint cependant, mais moins vite et plus bénigne. Je fus ainsi convaincu que, chez ma malade, l'absorption se faisait surtout par la peau, et j'ai gardé l'impression que l'élévation de la température produite par les contacts larges et prolongés de la surface cutanée devait augmenter oette absorption.

M. DUBUC croit que les voies respiratoires et la peau sont des voies d'absorption des vapeurs mercurielles..

M. JULLIEN dit qu'il est probable que la malade de M. Suarez de Mendoza se faisait, sans qu'elle s'en rendit compte, des frictions mercurielles sur la peau de son mari.

Composition du Bureau pour 1900. — Président : M. Richelot. — Vice-président : M. Beni-Barde. — Secrétaire général : M. Buret. — Secrétaires annuels : MM. Dhomont et Albert-Weil. — Archiviste : M. Millée. — Trésorier : M. Tissier. — Conseil d'administration : MM. Ladreit de Lacharrière et Jullien. — Comité de publication : MM. Besnier, Pellier, Brossard, Guépin, et le secrétaire général.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XV.—L'emploi thérapeutique des levures et de la levurine.

XV.— Les tentatives de traitement des maladies infectieuses par l'introduction dans l'organisme d'un microbe autre que le microbe pathogène a été l'objet de nombreuses recherches. Les tentatives de bactériothérapie ne sont pas rares, ainsi a-t-on essayé de traiter la tuberculose par l'inoculation du bactérium termo, le cancer par l'inoculation du streptocoque de l'érysipèle, le charbon par le bacille pyocyanique et le pneumocoque. Dans un but de prophylaxie, M. le Pr Richet à inoculé la tuberculose aviaire pour éviter l'infection tuberculeuse humaine. Mais il faut bien avouer que ces méthodes n'ont eu jusqu'alors qu'un médiocre succès et que la sérothérapie, accaparant l'attention des savants, a détourné de la bactériothérapie.

Cette méthode du traitement des infections par un organisme vivant a cependant donné de brillants résultats dans le traitement de l'anthrax et des maladies à staphylocoques, toutefois ce n'est pas au moyen de bactéries mais par l'usage de corps plus élevés dans l'échelle organique; nous voulons dire : les levûres. Dès 1852, un médecin anglais avait empiriquement appliqué la levûre de biere au traitement de l'anthrax (1). Un français, Debouzy obtint sur lui-même, en 1894, de merveilleux résultats par l'usage de ce même ferment qui le guérit d'une furonculose tenace (2). M. Gobert à la *Société*

(1) *The Lancet*, 1852, t. 2. p. 113.
(2) *Journ. de Méd. et de Chir. fr.*, 10 juin 1894.

anatomo-clinique de Lille communiqua en 1895 de nombreuses observations de furonculose traitées avec succès par ce procédé.

En 1896, M. de Backer avec MM. Bruhat et Charlier publiaient un véritable traité sur les ferments thérapeutiques, réservant le traitement par les levûres ou mycodermothérapie à la tuberculose, mais relatant d'intéressantes tentatives de cette méthode contre la diphtérie, la furonculose, le diabète, le cancer et la syphilis. Le Dr Cassaët (de Lille), appliquait ce procédé thérapeutique au diabète. M. Brocq, le dermatologiste distingué de l'hôpital Broca, ayant eu dès 1894 l'occasion de constater l'efficacité de la levûre de bière dans la furonculose chez un de ses clients, put en vérifier l'action sur lui-même et publia au début de 1899 un travail à ce sujet (1).

Cependant les effets de la levûre de bière (Saccharomyces cerevisiœ) ne furent pas toujours identiques et efficaces. Il était difficile de se procurer de bonnes levures de bière et M. Ch. Couturieux (2) faisait remarquer que fréquemment d'autres organismes se mélangeaient à la véritable levure de bière et que selon les différences d'aération, de température, la végétation de la levûre variait et que les types divers qui en résultaient ne possédaient pas tous les mêmes propriétés thérapeutiques. Aussi M. Couturieux chercha-t-il à transformer la levure en un produit stable. Usant dans ce but, de moyens mécaniques qui n'altéraient en rien la composition de la levure, moyens se rapprochant de ceux employés dans l'industrie par Hansen, Reinke, Kieselvalter, Pasteur, etc. M. Couturieux est parvenu a obtenir, un produit sec et inaltérable auquel il a donné le nom de levurine brute. M. le Dr Aragon comme M. Brocq pour les levures, eut l'occasion d'expérimenter la levurine sur lui-même et sur ses malades avec d'excellents résultats (3). Et après de nouvelles recherches (4) MM. Aragon et Couturieux ont déterminé d'une manière plus précise les avantages de la levurine. Ce médicament du reste fut l'objet d'une communication de M. Lancereaux à l'Académie de Médecine (5) et pour bien indiquer la valeur de cet agent thérapeutique d'un nouvel ordre nous ne saurions mieux faire que de donner les conclusions du mémoire de MM. Aragon et Couturieux.

1° La levure de bière présente, dans la furonculose et l'anthrax, une action incontestable. Il est plausible que cette action consiste dans une modification du terrain, d'où la possibilité d'autres applications thérapeutiques; mais nous ne voulons rien préjuger des recherches biologiques en cours. 2° La *levurine brute*, par sa composition complexe, paraît posséder au plus haut point ce pouvoir modificateur. Elle est du moins, aujourd'hui, supérieure comme action à la levure de bière dans le traitement de la furonculose et de l'anthrax et répond au desideratum exprimé plus haut : produit efficace, constant, de conservation facile. 3° Ce produit est facilement toléré par l'estomac et paraît plutôt doué d'une action favorable sur la digestion intestinale. 4° La *levurine brute* se donne à la dose de une ou deux cuillerées à café par jour, suivant les tempéraments et les cas, de préference avant manger; la dose de trois cuillerées à café ne paraît pas indispensable pour augmenter la rapidité de l'effet. La bière paraît aujourd'hui le meilleur véhicule à choisir; à défaut, nous recommandons l'eau légèrement gazeuse. 5° La levurine peut être prise d'une façon intermittente dans la furonculose isolée; elle doit être administrée méthodiquement par périodes de plusieurs jours, avec reprises plus ou moins fréquentes, dans la furonculose chronique entretenue par le diabète ou l'arthritisme.

Nous pouvons ajouter à ces lignes quelques remarques, que nous devons à l'obligeance du Dr Aragon, qui continue ses recherches cliniques sur l'emploi de la *Levurine* : nous voulons parler de l'accoutumance au médicament. Chez les sujets qui se sont déjà traités à la levure de bière sans succès, ou chez ceux qui ont déjà pris de la *Levurine* pendant longtemps pour des furoncles antérieurs, et qui doivent de nouveau recourir à cette médication pour une nouvelle atteinte, le Dr Aragon prescrit trois et même quatre cuillerées à café de *Levurine* par jour, les deux premières à deux heures d'intervalle, quand on doit en prendre trois par jour, et une toutes les deux heures quand on doit en prendre quatre.

Quelques malades aussi, qui n'aiment en général ni la bière, ni les amers, trouvent que la *Levurine*, dont l'odeur est très agréable, à l'inverse des levures sèches, reprend en solution son goût *sui generis* ; pour remédier à cela, il est important de bien agiter la poudre dans le liquide destiné à en faciliter l'absorption (de la bière de préférence), de façon à ce qu'elle soit complètement en suspension. Dans ce cas on absorbe le liquide en une seule fois, et si le mélange a été bien fait, il ne reste aucun dépôt au fond du verre, et aucun goût dans la bouche, ce goût tenant précisément aux particules de *Levurine* accolées, qui s'arrêtent en dernier lieu dans la cavité buccale. Le mélange obtenu dans la bière rend celle-ci mousseuse d'une façon extraordinaire et très agréable à ceux qui aiment cette qualité. Il est enfin aussi très facile et très simple de prendre la levurine dans du pain azyme. Nous avons cru utile de signaler ces petits faits, car ils répondent d'avance aux reproches qui pourraient être formulés au sujet du goût de la levurine.

Les observations publiées jusqu'ici se rapportent surtout à des cas de furoncle et d'anthrax. Il est intéressant de faire remarquer que l'action de la levurine s'étend à des états inflammatoires bien divers, pour lesquels la levure de bière avait d'ailleurs été déjà préconisée. Nous pourrons citer entre autres applications multiples les deux cas suivants qui viennent de nous être rapportés :

Observation I. — Une fillette de cinq ans présente une vulvite intense, dont la cause ne peut être décelée. Le traitement local, tenté d'abord, doit être abandonné à cause de la difficulté de son application : il faut lutter physiquement avec l'enfant et moralement avec la famille. A tout hasard le médecin traitant prescrit la *levurine* à la dose de deux cuillerées à café par jour. Au bout de trois jours l'écoulement est moins abondant; il a changé d'aspect, les lèvres sont moins gonflées et moins rouges et le sixème jour il ne reste plus qu'un suintement. Quand, la douleur ayant totalement disparu, on peut commencer des lavages locaux, la guérison est presque complète. La guérison définitive est obtenue en huit jours sans antisepsie locale.

Observation II. — Une jeune femme de 26 ans présente depuis des années une leucorrhée rebelle. Elle prend régulièrement matin et soir une injection antiseptique, elle a subi un grand nombre de cautérisations, etc. Soumise au traitement par la *levurine*, à la dose de deux cuillerées à café par jour, pendant deux mois, elle voit, pendant ce temps, ses pertes disparaître d'une façon absolue. Après plusieurs semaines d'interruption de traitement, les pertes réapparaissent; la malade reprend de la levurine et au bout de quelques jours la guérison se manifeste de nouveau. Cette malade est encore en traitement.

XVI — Recherches expérimentales sur l'action du sedum âcre; par Jungst. — *Archiv. für experimentelle Pathologie*, 1888. (Extraits et conclusions du mémoire).

XVI.— Dodonœus rapporte, d'après Dioscoride, que la saveur du petit sedum est piquante et brûlante, et qu'en application à l'extérieur il rougit la peau, y amène la formation de vésicules et la corrode. Le suc du poivre des murailles (un des surnoms du *sedum âcre*), bu avec du vinaigre ou de l'eau chaude fait vomir. La plante, ou son suc, mêlée à de la graisse et employée en emplâtre dissipe les abcès et les tumeurs d'origine strumeuse. Depuis le commencement du siècle, d'après Hecker (1838), le sedum, ou son suc, a été employé non seulement contre les abcès strumeux, mais encore contre toute une série de maux : scorbut, teigne, gravelle, fièvre intermittente. Bischoff recommande la plante récoltée avant la floraison et desséchée contre l'ulcère cancéreux, le scorbut, la fièvre intermittente et la lithiase, de même contre l'*épilepsie* à la dose journalière de 15 grains à une demi-drachme (soit de 75 centigrammes à 2 grammes). Sobernheim, dans son *Manuel des médicaments pratiques*, confirme les données de Bischoff et signale

(1) *Presse médicale*, 28 janvier 1899.
(2) *Presse médicale* 17 mai 1899.
(3) *Bulletin médical*, 10 juin 1899.
(4) *Presse médicale*, 5 juillet, 1899.
(5) *Académie de médecine*, 25 juillet 1899.

en outre cette plante comme un puissant et salutaire diurétique trouvant un emploi indiqué dans l'hydropisie et le mal de Bright. Pour les ulcères cancéreux, elle en déterge le fond et calme la douleur.

Un médecin espagnol, Duval, l'a employé contre la diphtérie, en boisson obtenue en mêlant 60 grammes de suc fraîchement exprimé à 2 litres de bière. La boisson paraît, d'après les assertions de l'auteur, provoquer facilement le vomissement et c'est à cela que Duval rapporte pour la plus grande part l'effet curatif du médicament. Il dit que dans 300 cas de diphtérie qu'il a ainsi traités il n'a jamais eu à constater un seul cas de paralysie.

En médecine vétérinaire aussi, le sedum âcre joue un certain rôle. En Westphalie et en Hanovre, il est communément administré aux vaches qui retiennent leur lait. Mylius a étudié le sedum âcre au point de vue de sa composition chimique. Il a eu beaucoup de peine à en retirer un alcaloïde non volatil, possédant une saveur très âcre, s'oxydant assez rapidement à l'air, et qu'il n'a pu obtenir cristallisé. Le chlorydrate et l'azotate de cet alcaloïde ont été obtenus en cristaux par évaporation de leur solution dans le vide. L'analyse de l'alcaloïde échoua par suite de sa facile décomposition.

Jüngst eut également les plus grandes difficultés à préparer cet alcaloïde, dont il confirme la grande altérabilité. Le chlorhydrate, même conservé dans un dessiccateur, se colore et se décompose assez vite pour qu'il devienne impossible, au bout de quelques jours, de répéter avec lui les réactions des alcaloïdes qu'il donne au début. Orfila est le seul, à la connaissance de Jüngst, qui ait expérimenté le sedum sur les animaux. Il introduisit 120 grammes de suc frais dans l'estomac d'un chien, puis lia l'œsophage. Les phénomènes qui se montrèrent peu après furent : efforts de vomissement, lassitude générale progressive, anesthésie, mort au bout d'un jour à un jour et demi.

Jüngst a nourri des lapins avec le sedum pendant plusieurs jours à l'exclusion de tout autre aliment; il n'en résulta pas la moindre inflammation de la muqueuse stomacale « Si, comme cela n'est pas douteux, l'alcaloïde est le principe actif par excellence du sedum, il ne possède en propre aucun pouvoir de provoquer directement l'inflammation, telle que celle produite par la vératrine et la colchicine sur la muqueuse du tube digestif. » L'auteur rapporte en détail ses essais sur les animaux, grenouilles, lapins, chats, corneille, chien ; ces essais ont été faits soit avec le chlorhydrate d'alcaloïde, soit avec le suc frais, soit avec un extrait alcoolique de la plante en partie évaporé, lequel extrait possédait une saveur âcre intense.

L'injection d'un centigramme de chlorhydrate d'alcaloïde ne tua pas le jeune chat qui la reçut, non plus que 2 centimètres cubes de suc frais administrés à un autre jeune chat. 2 centimètres cubes d'extrait alcoolique amenèrent la mort d'un jeune chat au bout de quatre heures; même résultat avec 3 centimètres cubes dans une autre expérience; 1 seul centimètre cube en laissa deux autres en vie; 12 centimètres cubes ne tuèrent pas un jeune chien de six semaines ; même résultat dans une seconde tentative. Conclusions de l'auteur sur l'action physiologique du sedum âcre, d'après ses essais sur les animaux : L'action produite par le suc et l'extrait de sedum doit être rapportée à son alcaloïde, la sédine, car ces préparations de la plante concordent en tout, dans leurs effets, avec ceux du chlorhydrate de sédine. La matière grasse contenue dans la plante ainsi que les autres substances extractives paraissent dénuées de toute activité. Cette sédine est un poison du cerveau. Les lapins s'en montrent à peine influencés, le chat et la corneille y sont très sensibles, le chien un peu moins, la grenouille aussi réagit avec la sédine. Après un premier stade d'efforts de vomissements, bientôt suivis d effet (lesquels vomissements sont d origine cérébrale) apparaît de l'empoisonnement, puis une anesthésie croissante; la faculté de mouvoir les muscles du squelette est progressivement soustraite à la volonté de l'animal. En même temps il éprouve de la difficulté à la respiration qui est galopante et superficielle, puis les inspirations diminuent de plus en plus quant au nombre, pour en arriver à la dyspnée, tandis que surviennent des mouvements spasmodiques des extrémités : finalement arrêt de la respiration, alors que le cœur bat encore. A des doses non mortelles, les animaux se remettent relativement vite, l'alcaloïde paraît être bientôt décomposé dans l'organisme.

A mentionner particulièrement, comme un des effets sur le chat, la mydriase et l'aversion pour la lumière, associées à une forte version du bulbe oculaire au dehors et en haut. Mais cette mydriase ne se produit pas si l'on porte directement la solution d'alcaloïde sur la cornée. La sédine paraît aussi provoquer l'activité des glandes salivaires et des glandes intestinales, à en juger par la forte salivation chez les chats, et par les évacuations répétées de fèces fluides chez les chats et chez les corneilles. — La surprenante sécheresse et la pâleur de la muqueuse buccale observées chez les chats paraissent aussi être un effet spécifique de l'alcaloïde du sedum. De la ouate, qui avait été imprégnée de suc frais de sedum, fut appliquée sur la partie interne du bras. Au bout de quinze minutes, sensation de brûlure nette, devenant de plus en plus forte, avec rougeur croissante de la peau ; pas d'apparition de vésicules. Avec l'extrait alcoolique appliqué une heure, pas la moindre manifestation. Porté sur la muqueuse nasale, l'extrait alcoolique a produit une forte brûlure, suivie de douleur poignante, allant jusqu'à être intolérable, qui dura deux jours en s'atténuant peu à peu. Usage interne de l'extrait alcoolique non évaporé : 20 gouttes dans un demi-verre d'eau trois fois par jour. A chaque fois sensation d'âpreté dans la gorge, disparaissant au bout de dix minutes; à part cela, rien. En portant la dose à 30, 40 gouttes, salivation, renvois, nausées. Avec 50 gouttes, vomissement six minutes après, puis un deuxième au bout de six autres minutes. Ces 50 gouttes avaient été prises à 6 h. 17 du matin; on en absorba 50 autres gouttes à 1 h. 16, et *idem* à 8 h. 40; ces nouvelles doses ne provoquèrent plus de vomissement, mais seulement salivation, renvois, nausées.

Le lendemain, avec 60 gouttes trois fois répétées dans la journée, vomissement, violent mal de tête. De même le surlendemain (mêmes doses, mêmes effets). Le jour suivant, une seule dose de 60 gouttes; enfin, le jour d'après, deux doses de 60 gouttes, amenant toutes deux le vomissement.

Injection d'un centimètre cube de l'extrait alcoolique non évaporé au bras gauche, suivie d'une injection d'une demi-centimètre cube quarante minutes plus tard. Résultats : mal de tête intense (tempes, occiput), nausées, pas de vomissement, salivation, bruissement d'oreille. Dr WASP.

XVII. — De l'eau oxygénée dans la pratique chirurgicale; par Constantin BUKRYNSKI, chef de la clinique chirurgicale des Enfants Jésus. (*Kronika Lekorska*, 15 juin.)

XVII. — M. Lucas-Championnière a publié des guérisons surprenantes, en appliquant le moyen antiseptique depuis longtemps connu mais délaissé, l'eau oxygénée. Lucas-Championnière employa cette eau dans des cas absolument désespérants où les malades, sans ce moyen, seraient morts. L'auteur, à l'exemple de M. Lucas-Championnière, employa l'eau oxygénée où tous les antiseptiques ont échoué. Il publie plusieurs cas où la guérison s'est faite après l'application de la gaze imbibée de H_2O^2 et le lavage par cette eau. Il l'appliqua après une opération de la carie costale. Il a fait le premier pansement avec la gaze, les plaies lavées avec l'eau oxygénée. Le pansement dura 7 jours, il n'y avait pas de pus dans la plaie ; après, il changea les pansements tous les jours, au bout de 18 jours le malade sortit guéri. Il traite en ce moment plusieurs malades avec de petites quantités d'eau oxygénée, il remplit 2 fois la plaie et fait le pansement avec la gaze. Les résultats sont très satisfaisants.

L'auteur conclut que l'eau oxygénée est un antiseptique puissant ; elle n'a pas de propriétés toxiques, ne brûle pas les tissus, ne coagule pas l'albumine, l oxygène de cette eau pénètre dans les tissus, l'effet ne se produit pas seulement superficiellement, Cette eau, ne possédant pas d'odeur, est supérieure à l'acide phénique, lysol, iodoforme. P. DE MAJEWSKA.

ACCIDENT DE VOITURE. — Le Dr Roche (de Toucy), passait dans sa voiture à Mezieres avec son frère général de brigade, lorsque le cheval, effrayé par une laveuse, fit un écart et renversa la voiture. Le docteur s'est fait des contusions aux reins et le général s'est blessé au front. (*Le Soleil* du 10 décembre 1899.)

VARIA

XIIIe Congrès international de Médecine
(Paris, 2-9 août 1900).

Le Comité exécutif rappelle aux membres du corps médical français les articles du règlement contenant les *conditions d'admissibilité au Congrès* et *d'inscription pour communications dans les sections.*

Conditions d'admissibilité au Congrès. — Seront membres du Congrès : 1° les docteurs en médecine qui en feront la demande ; 2° les savants qui seront présentés par le comité exécutif français. Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un versement de 25 fr. au trésorier général du Congrès (Dr Duflocq, 64, rue de Miromesnil). Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès. En faisant parvenir leur cotisation au trésorier, les membres du Congrès devront écrire lisiblement leurs nom, qualité et adresse, et joindre leur carte de visite et indiquer dans laquelle des vingt-sept sections et sous-sections ils veulent se faire inscrire.

Conditions d'inscription pour communications dans les sections. — Tout membre du Congrès qui désire faire une communication dans sa section devra faire parvenir au secrétaire de cette section, avant le 1er mai 1900, le titre et le résumé de sa communication.

Pour faciliter cette formalité, le Comité exécutif rappelle les noms et adresses des secrétaires des sections : 1. Anatomie comparée, Auguste Pettit, 60, rue Saint-André-des-Arts. — 2. Anatomie descriptive, Rieffel, 7, rue de l'Ecole-de-Médecine. — 3. Histologie et embryologie, Retterer et Loisel, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — 4. Physiologie, physique et chimie biologiques, Dastre, à la Sorbonne ; Gley, 14, rue Monsieur-le-Prince ; Weiss, 20, avenue Jules-Janin. — 5. Pathologie générale et pathologie expérimentale, Charrin, 11, avenue de l'Opéra ; Roger, 4, rue Perrault. — 6. Anatomie pathologique, Letulle, 7, rue de Magdebourg. — 7. Pathologie interne, Rendu, 28, rue de l'Université ; F. Widal, 155, boulevard Haussmann. — 8. Médecine de l'enfance, Marfan, 30, rue La Boétie. — 9. Thérapeutique, Gilbert, 27, rue de Rome. — 10. Pharmacologie, Chassevant, 70, rue de Rennes. — 11. Matière médicale, Chassevant, 70, rue de Rennes. — 12. Neurologie, P. Marie, 3, rue Cambacérès. — 13. Psychiâtrie, Ant. Ritti, Asile de Charenton, Seine. — 14. Dermatologie et syphiligraphie, G. Thibierge, 7, rue de Surène. — 15. Chirurgie générale, Walther, 21, boulevard Haussmann. — 16. Chirurgie de l'enfance, A. Broca, 5, rue de l'Université ; Villemin, 58, rue Notre-Dame-des-Champs. — 17. Chirurgie urinaire, Desnos, 31, rue de Rome. — 18. Ophtalmologie, Parent, 26, avenue de l'Opéra. — 19. Laryngologie, rhinologie, Lermoyez, 20 *bis*, rue La Boétie. — 20. Otologie, Castex, 30, avenue de Messine. — 21. Stomatologie, Ferrier, 39, rue Boissy-d'Anglas. — 22. Obstétrique, A. Bar, 122, rue La Boétie ; Champetier de Ribes, 28, rue de l'Université. — 23. Gynécologie, Hartmann, 4, place Malesherbes. — 24. Médecine légale, Motet, 161, rue de Charonne ; Thoinot, 8, rue de l'Odéon. — 25. Médecine et chirurgie militaires, Catteau, Ministère de la Guerre. — 26. Médecine navale, Laugier, Ministère de la Marine. — 27. Médecine des colonies, Kermorgant, Ministère des Colonies.

Commission nationale contre la tuberculose.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur, vient d'instituer une commission à l'effet de lui présenter un rapport sur les moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose.

Sont nommés membres de cette commission :

MM. Siegfried, Cornil, Cordelet, Lourties, Poirrier, Pozzi, Théophile Roussel, Paul Strauss, sénateurs ;

MM. d'Arenberg, Aynard, Bompard, Dubois, Guieysse, Levraud, Pédebidou, députés ;

Les docteurs Armaingaud, Brouardel, Bergeron, Bouchard, Chantemesse, Galippe, Grancher, Hérard, Landouzy, Lannelongue, Petit, Proust, Rotillon, Roux et Séailles.

MM. Clairin, André Lefèvre, Lucipia et Navarre, membres du Conseil municipal de Paris ;

M. Georges Picot, président de la Société des habitations à bon marché ;

M. Duclaux, directeur de l'institut Pasteur ;

M. Nocard, professeur à l'école d'Alfort ;

MM. Debrié, Faure-Dujarric, architectes ;

M. Expert-Bezançon, maire du 13e arrondissement ;

M. Fernand Faure, directeur de l'enregistrement.

MM. Dieu, médecin inspecteur, directeur du service de santé au ministère de la guerre ; le docteur A.-J. Martin, inspecteur général de la salubrité de la ville de Paris ; Mastier, directeur de l'administration départementale et communale ; Menant, directeur des affaires municipales à la préfecture de la Seine ; Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ; docteur Napias, directeur de l'Assistance publique de Paris.

M. Jules Siegfried, sénateur, est nommé président de la commission.

Les docteurs Billon, Chauvain, Dauriac, Faivre, Millon, Léon Petit rempliront les fonctions de secrétaires. (« *Le Temps* » du 9 décembre 1899).

Les Epidémies.

La Peste. — A Oporto, la peste paraît être en décroissance. Les dernières dépêches ne signalent aucun nouveau cas de peste ; 33 cas sont en traitement à l'hôpital, dont 5 seraient très graves. On signale de nouveaux cas de peste à l'île Maurice, à Kobé (Japon) et à Kolobovka (Russie).

La Variole. — La variole sévirait d'une façon très intense à Marseille dans la colonie italienne qui, prétend-on, se montre très rebelle à la vaccination.

La Fièvre typhoïde. — De nombreux cas de fièvre typhoïde seraient constatés au Transvaal, tant dans l'armée anglaise que dans l'armée républicaine.

Thèses de la faculté de médecine de Bordeaux (année scolaire 1899-1900).

MM Liaras. Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse par la voie nasale (recherches bactériologiques et cliniques). — Noc. Etude anatomique des ganglions nerveux du cœur chez le chien et de leurs modifications dans l'intoxication diphtérique expérimentale aiguë. — Berton. Etude sur le pessimisme littéraire contemporain dans ses rapports avec la névropathie. — Robilliard. Du mycosis fongoïde et spécialement de la forme dite à tumeurs primitives d'emblée. — Petit. De l'accouchement artificiel rapide. — Pasquion. De la prostatectomie sus-pubienne. — Servel. Contribution à l'étude des manifestations musculaires dans la blennorragie. La myopathie blennorragique. — Métreau. Du pronostic du cancer de la verge. — Fraikin. L'ovarite scléro-kystique. — Nuel. Contribution à l'étude des paralysies post-anesthésiques. — Gaudin. Contribution à l'étude de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les chemins de fer — Le Feunteun. De l'hygiène des populations maritimes de la Bretagne armoricaine. — Rothamel. De l'agglutination du bacille de la tuberculose humaine étudiée plus spécialement chez les tuberculeux cachectiques. — Couvy. Contribution à l'étude de l'adénome et de l'adéno-épithéliome des glandes sudoripares. — Fichet. Le Théâtre. Hygiène et sécurité. — Plomb. La transmission du paludisme à l'homme par les moustiques (Revue générale). — Motheau Contribution à l'étude de la glycosurie alimentaire. — Brengues. Contribution à l'étude de l'agglutination du bacille d'Eberth par les substances chimiques. — Carière. De la dilatation dans le traitement du phimosis congénital. — Erdinger. Des variations du rayon de courbure de la cornée sous l'influence de l'atropine.

Une mission médicale française au Sé-Tchouen.

La mission du docteur Laville, dont nous avons parlé tout récemment, a été organisée par le ministère des affaires étrangères à la suite du vote par la Chambre d'un crédit de 60.000 francs, sur la proposition de M. Audiffred, député de la Loire. Sur les fonds de ce même crédit, une mission analogue est en ce moment en voie de formation à Chen-Tou.

Le docteur Laville, qui est un des meilleurs élèves du professeur Pozzi, s'est rapidement fait une situation morale excellente dans le pays de Tchong-King, où les secours médicaux sérieux et méritant confiance sont aussi rares et aussi appréciés des indigènes que dans n'importe quelle autre région de la Chine, en dehors des établissements européens.

Il a donné des consultations gratuites ; il a opéré quelques cures difficiles, et le monde officiel chinois l'a promptement adopté. Le tao-taï de Tchong-King a donné l'exemple en faisant

appeler le savant français pour soigner son jeune fils et en le conservant comme médecin attitré.

M. Laville en a profité pour ouvrir un dispensaire en même temps qu'il dirigeait les travaux de construction de l'hôpital que la mission catholique avait décidé, à la demande du consul de France, M. Haas, d'élever à Tchong-King.

L'expérience faite par le docteur le porte à croire qu'il y aurait un intérêt majeur à ce qu'il fut procédé, à côté de l'hôpital de la mission, à la fondation d'une œuvre dégagée de toute idée confessionnelle.

Il serait aussi très facile, d'après lui, de constituer à peu de frais un laboratoire bactériologique suffisant pour faire d'intéressantes observations sur les nombreuses maladies contagieuses qui sévissent dans ces régions surpeuplées du Sé-Tchouen, où les intérêts industriels et commerciaux commencent à appeler un grand nombre de nos compatriotes.

(*Le Temps* du 28 novembre 1899).

La décoration du Dr Emily.

Le *Journal officiel* a récemment publié la promotion de M. le Dr Emily, médecin de la mission Marchand, au grade d'officier de la Légion d'honneur. Deux sous-officiers de la mission sont promus en même temps que lui au grade de chevalier. Notons en passant, que depuis de longs mois tous les officiers de la mission ont été promus au grade supérieur de la Légion d'honneur; seul le Dr Emily a dû attendre, bien qu'il ait couru les mêmes dangers que les autres officiers de la mission et qu'il ait rendu sans doute à cette dernière de plus importants services. Constatons en passant que les médecins ne sont guère en faveur dans la marine, et cependant le ministre actuel est M. le Dr de Lannessan, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Un cas de jurisprudence macabre.

C'est bien un petit procès de l'octave de la Fête des Morts, que celui qui aura son épilogue, vendredi prochain, à l'audience de la dixième chambre du tribunal correctionnel.

Dans l'espèce, le *corps du délit* est le *corps* d'un ancien notaire, décédé, il y a quelques jours, à Paris, et qui fut, sur le désir de sa famille, *enseveli par un procédé antiseptique.* Grâce à ce moyen, la décomposition, paraît-il, est moins rapide; les traits reprennent et conservent leur aspect naturel, l'odeur cadavérique disparaît; bref, on croirait que le mort repose.

Mais ce procédé d'ensevelissement par l'antisepsie est assimilé — du moins c'est ce que vient prétendre, aujourd'hui, le Parquet, — à l'embaumement ou au demi-embaumement, opérations auxquelles on ne doit procéder que si l'on est muni d'une autorisation en règle du Préfet de Police.

Ceci dit, le médecin de l'état-civil, le Dr Laugier, chargé de constater la mort ds l'ancien notaire, remarqua que le corps avait été « si bien arrangé », qu'il crut qu'il avait été embaumé à moitié. Il fit part de ses constatations au maire du Ve arrondissement, lequel les porta à la connaissance du Préfet de police.

Et voilà pourquoi l'ensevelisseur de feu l'ex-tabellion, qui n'est autre qu'un spécialiste diplômé des hôpitaux, M. Chabanon, est poursuivi correctionnellement pour infraction au décret sur les embaumements.

Son avocat, Me Marréaux Dalavigne, a l'intention de combattre à la barre la thèse du Dr Laugier, qui prétend qu'un ensevelissement par un procédé extérieur et qui peut être employé par quiconque n'est autre que l'embaumement.

Il était intéressant de signaler ce curieux petit procès, car la question est toute nouvelle en jurisprudence; c'est, en effet, la première fois qu'elle se pose devant le tribunal. (*Le Journal* du 5 novembre 1899.)

Nos lecteurs trouveront sur la question soulevée par l'article ci-dessus les renseignements complets dans le *Manuel de technique des autopsies* de Bourneville et Bricon.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité: conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi à 5 heures, au laboratoire. — *Objet du cours* : Sources de l'électricité médicale. Technique générale du maniement des appareils. Electrodiagnostic. Rôle de l'électricité médicale dans les maladies du système nerveux. Electrothérapie gynécologique. Le nombre des places étant limité, MM. les étudiants en médecine et docteurs sont priés de s'inscrire au Laboratoire, les mardis, jeudis et samedis, de 2 heures à 4 h.

Embryologie comparée de l'homme et des mammifères. — M. Gustave LOISEL, docteur en Médecine et docteur ès sciences a commencé ce cours le vendredi 8 décembre à cinq heures un quart, rue de l'Estrapade no 18, et le continuera les vendredis suivants à la même heure.

FORMULES

XXXVI. — Contre l'insomnie nerveuse.

Paraldéhyde	10 grammes.
Alcool à 90°.	48 —
Sirop simple.	60 —
Teinture de vanille.	2 —
Eau distillée.	30 —

3 à 4 cuillerées de cet élixir à une demie heure d'intervalle le soir (formule d'Yvon).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier.** *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 3 déc. au samedi 9 déc. 1899, les naissances ont été au nombre de 1129 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 408, illégitimes, 188. Total, 596. — *Sexe féminin* : légitimes, 382, illégitimes, 151. Total, 533.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 3 déc. au samedi 9 déc. 1899, les décès ont été au nombre de 887, savoir : 483 hommes et 404 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 4. T. 9. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 0, F. 1, T. 1. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 0, F. 3, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 2, F. 5, T. 7. — Grippe : M. 1, F. 1, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 114, F. 77. T. 191. — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 2, T. 8. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 5, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 28, F. 33, T. 61. — Méningite simple : M. 6, F. 6, T. 12. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 27, F. 19, T. 46. — Paralysie, M. 8. F. 4, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 3, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 30, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 8, T. 22. — Bronchite chronique : M. 18, F. 14, T. 32. — Broncho-pneumonie : M. 25, F. 15, T. 40. — Pneumonie : M. 14, F. 16, T. 30. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 28, F. 25, T. 53. — Gastro-entérite, biberon : M. 10, F. 10, T. 20. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 0. T. 1. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Fièvres et péritonites

puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T 1. — Débilité congénitale : M. 14, F. 10, T. 24. — Sénilité : M. 13, F. 28, T. 41. — Suicides : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres morts violentes : M. 11, F. 4, T. 15. — Autres causes de mort : M. 73, F. 65, T. 138. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 1, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 11. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 11, illégitimes, 12. Total : 23.

École préparatoire de Médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira le 11 juin 1900 devant la dite école pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à la dite école. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de zoologie* (animaux articulés). — M. E.-L. Bouvier, professeur commencera ce cours le mardi 19 décembre 1899, à trois heures et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Le cours sera divisé en trois parties : 1° Le mardi, dans la nouvelle galerie de zoologie, le professeur exposera l'histoire naturelle des crustacés; 2° le jeudi, dans des promenades-conférences au milieu des collections, il esquissera l'histoire des formes les plus curieuses du groupe des animaux articulés (réunion dans la nouvelle galerie de zoologie, salle des cours); 3° le samedi, dans des conférences faites au laboratoire (rue de Buffon n° 55), le professeur traitera de l'organisation et du développement des péripates et des myriapodes.

Laboratoire municipal de recherches spéciales (teigne et maladies cutanées) de l'hopital Saint-Louis. — Le Conseil municipal a décidé d'employer à la création d'un laboratoire municipal pour recherches sur la teigne et les maladies cutanées un crédit de 8.900 francs voté en 1894 et qui était resté disponible, Ce crédit de 8.900 francs sera désormais inscrit au budget ordinaire. M. le Dr Labourand est nommé directeur de ce laboratoire et est chargé de l'inspection de toutes les Ecoles de Paris au point de vue de la teigne et des maladies de la peau.

Les amours séniles. — Un vieillard de soixante-quatorze ans, Mathurin Lemercier, propriétaire à Saint-Mards-de-Fresnes, canton de Thiberville (Eure), était amoureux de sa bonne, âgée de cinquante-quatre ans, la veuve Fouché. Elle lui résistait : il l'a assassinée. Hier, à huit heures, armé d'un revolver d'ordonnance, M. Lemercier essaya une dernière fois de toucher le cœur de la vertueuse quinquagénaire. N'y pouvant réussir, il fit feu deux fois sur elle : les deux projectiles traversèrent le cœur et la pauvre veuve tomba foudroyée. Lemercier s'appliqua ensuite le canon du revolver sur la tempe droite et se logea une balle dans le crâne. Il a été relevé par les voisins dans un état presque désespéré. (Le *Temps* du 6 octobre 1899.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr H. Frémy. — M. le Dr Bernard (de Toulon). — M. le Dr Vades (de Paris). — M. Vaslin (d'Angers) — Nous apprenons en outre le décès de M. Edmond-Edouard Damain, chirurgien-dentiste, président honoraire de la Société odontologique de France, directeur de l'école odontotechnique et vice-président du conseil d'administration. M, Damain a puissamment contribué au relèvement de la profession de chirurgien-dentiste et au développement de l'art dentaire.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine. — *Maladies de l'oreille, du nez et du larynx.* — M. le Dr Lermoyez reprendra ses conférences cliniques le samedi 6 janvier. à 9 h. 1/2. — *Emploi du temps* : Le lundi, petite chirurgie spéciale. Le mardi, conférence de technique et de séméiologie. Présentation de malades. Le vendredi, opérations (cure radicale de l'otorrhée et des sinusites de la face). Le samedi, conférence de thérapeutique.

Clinique Tarnier. — M. le Pr Budin : Mardi et samedi à 9 heures, leçons à l'Amphithéâtre. — Lundi et jeudi, lecture raisonnée des observations de la semaine. — Mercredi, leçons de séméiologie obstétricale. — Vendredi, consultations des nourrissons tous les jours, à 5 heures, cours théorique d'accouchement.

Hotel-Dieu. — *Cours pratique d'appareils.* — M. le Dr Marion, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu commencera incessamment son cours pratique d'appareils. Ce cours comprendra une dizaine de leçons. les élèves y seront exercés à l'application des pansements et appareils de pratique courante. Le prix d'inscription est de 20 francs. S'adresser à M. Marion à l'Hôtel-Dieu.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies du système nerveux.* — M. Gilles de la Tourette, agrégé, suppléant M. le Pr Raymond, les mardis et vendredis à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. Marie. — Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Asile de Villejuif (Tramway Chatelet-Villejuif). — Service de M. Toulouse. — Le mercredi à 9 h. 1/2 visite du service. Conférences cliniques au lit des malades.

Hôpital Saint-Louis. — Le Dr Du Castel, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. Hallopeau, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Hopital de la Charité. — *Service d'accouchements*, M. le Dr Maygrier, chef de service. — Enseignement des stagiaires. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le mardi. Lundi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçon clinique à l'amphithéâtre. Le samedi, à 11 heures, conférence de M. le Dr Blondel chef du laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ces leçons cliniques le jeudi 7 décembre 1899, à 10 heures et demie, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL DES INFIRMIÈRES ET LAICISATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Discours prononcés les 12, 23, 26 et 30 juillet 1898 aux Distributions des Prix des Ecoles municipales d'Infirmières laïques suivis d'un Discours au Conseil supérieur de l'Assistance publique

SUR

L'Enseignement pratique dans les Écoles d'Infirmières laïques

Par BOURNEVILLE

Directeur de l'enseignement des Ecoles municipales. etc.

Brochure in-8 de 59 p. — Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés : 1 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 51. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 23 DÉCEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Kyste hydatique du lobe frontal gauche.

Opération. Grande perte de liquide céphalo-rachidien. Guérison.

Par le Dr **José E. ESTEVES**, professeur agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux de Buenos-Aires.

Messieurs,

Le 4 mai nous avons été consultés, par conseil du Dr Güiraldes, au sujet de la jeune fille qui nous occupe. Elle arrivait de Rauch, village de la province de Buenos-Aires, pour se faire assister d'une maladie, qui d'après sa mère, avait commencé au mois de juin 1898. Cette jeune fille est âgée de 13 ans, et quitte pour la première fois le village où elle est née.

Sa mère a eu 15 enfants et n'a jamais avorté. 9 sont vivants, les autres moururent de maladies diverses qu'elle ne précise pas. Trinité, c'est le nom de la jeune fille qui nous occupe, eût la rougeole à l'âge de 7 ans, sans autre maladie jusqu'à l'année 1898, époque à laquelle survinrent des convulsions. Un jour, elle était tranquille au collège, quand tout-à-coup elle se leva, sortit de la classe, et commença à jeter de grands cris et à agiter la tête. Elle allait tomber quand le maître d'école la soutint. Cette attaque dura environ une demi-heure, des vomissements suivirent. Elle revint à elle peu à peu, une forte douleur de tête persista pendant trois ou quatre jours. A partir de cette époque, les attaques se répétèrent une fois par mois et chaque 15 ou 20 jours, avec de fortes douleurs de tête qui se sont toujours localisées dans la région fronto-pariétale gauche et dans le milieu du front, mais plus fréquemment dans la première région; céphalalgies qui se terminaient la plupart des fois par des vomissements. Les douleurs de tête étaient si intenses qu'elle s'enfermait dans une chambre obscure, ne pouvant quitter le lit pendant plusieurs heures. Il nous a été impossible de savoir s'il y a eu des altérations dans son intelligence. Un mois avant de nous consulter, on remarqua, après une attaque convulsive limitée au côté droit, que la bouche était déviée vers la gauche, et environ un mois après, une nouvelle attaque de la même forme, laissa sans mouvement le bras et la jambe gauches. C'est dans ces conditions que nous l'avons examinée. On remarquait tout d'abord, sur sa physionomie sans expression, son regard vague, et cette impression était encore augmentée par le strabisme externe de l'œil droit. Le regard n'était pas seulement vague, il était instable, ne s'arrêtant qu'à de courts intervalles et quand on insistait, sur les objets environnants. La pupille droite en mydriase ne réagissait pas, la gauche, en dilatation moyenne, réagissait paresseusement. Le Dr Güiraldes nous remit l'examen ophtalmoscopique qu'il avait fait faire par le Dr Wernicke; cet examen nous apprit qu'il y avait « névrite optique dans les deux yeux, cécité complète de l'œil droit, et acuité visuelle très pauvre dans l'œil gauche. » En marchant, le membre supérieur se plaçait en demi-flexion, une certaine rigidité existait dans le membre inférieur du même côté, ce qui donnait à la marche le type hémiplégique spasmodique droit.

La sensibilité tactile (frange de serviette, coton, contact simple) était quelque peu diminuée dans tout le côté droit, l'insensibilité augmentant à mesure que nous touchions aux extrémités des membres.

Nous avons fait la même observation sur la sensibilité douloureuse. Cette hémianalgésie n'existe pas dans le nez ni dans la langue. La perception des corps par le toucher, sens stéréognostique, est un peu engourdie dans la main droite, en la recherchant sur des corps rugueux ou lisses on la retrouve dans tout le côté droit. La malade sent l'odeur de la térébenthine et de l'eau de Cologne également des deux côtés du nez, peut-être davantage de côté droit; nous avons fait la même observation avec le sel et les acides sur la langue. Les réflexes profonds étaient un peu exagérés en général, prédominant dans le côté droit. Le clonus du pied n'existait pas et le réflexe plantaire manquait. Il fallait beaucoup insister sur les questions pour obtenir des réponses. Elle parlait à voix basse, et comme nous insistions pour qu'elle parlât plus haut, elle obéit pendant quelques instants, retombant ensuite dans l'aphonisme.

Son appétit et sa digestion n'ont pas souffert, excepté pendant les maux de tête, de sorte que son état général de nutrition était bon. Nous n'avons rien trouvé dans ses organes thoraciques ni abdominaux.

Le 11 *mai*, comme nous examinions son crâne rasé, nous avons remarqué dans le frontal, une petite éminence ronde, fluctuante, située à 0 m. 09 du point nasal et à 0 m. 03 à gauche de la ligne sagittale produite par la perforation de l'os.

La percusion du crâne faisait entendre un son complètement différent dans la région frontale gauche, il était à demi tympanique, et le doigt éprouvait la sensation du vide.

L'enfant parlait comme lorsque nous l'avons examinée la première fois. Au moment où nous avons comprimé le point fluctuant, il lui fut impossible de répondre, et une attaque commença qui ne fut pas complète : elle inclina la tête en arrière, le cou se gonfla, les yeux se relevèrent, cachant les cornées derrière la paupière supérieure, le membre supérieur se contractura un peu plus, elle émit quelques sons laryngiens, la bouche se dévia davantage vers la gauche. Ce fut tout.

Au repos, il y avait des moments où la déviation de la bouche se remarquait à peine. Les réactions pupillaires étaient affaiblies à l'action de la lumière; les deux pupilles étaient en contraction et dilatation continuelles et synchroniques, la droite toujours un peu plus dilatée que la gauche, mais toutes deux en léger degré de myose. Le membre supérieur en demi-flexion et contracturé, empêchant celui-ci de prendre les réflexes. Elle le remue avec beaucoup plus de difficulté que le 4 mai. Le réflexe patellaire droit beaucoup plus exagéré. Le pouls est régulier, 88 et 18-20 respirations.

Le 13 *mai*, après une espèce de syncope (qui, d'après sa mère, avait eu lieu plusieurs fois) en état demi-comateux, avec le pouls très petit, irrégulier et lent (50-60).

On lui fait des injections de caféine et d'éther, la trouvant le soir dans son état habituel, qui continua ainsi jusqu'au lendemain, jour indiqué pour l'intervention.

Son état était le même que celui que nous avons décrit pour les jours précédents. La contracture du membre thoracique avait augmenté, il lui était devenu impossible de le remuer; le membre inférieur en contracture, était aussi sans mouvement. Pouls 60-65. Respirations, 18-20. Aidés du Dr Vinas, de M. Barrionuevo, et accompagnés du Dr M. Castro, nous avons pratiqué la résection temporale par le procédé de Doyen, après avoir fait une incision dans le cuir chevelu, en forme de fer à cheval, en faisant passer l'incision antéro-supérieure par le point perforé du frontal, qui joua le rôle d'une fraise. Incision de 0 m. 07 de hauteur et de 0 m. 08 de convexité. Ayant scié l'os, nous avons coupé le pédidule, qui correspondait à l'écaille temporale, rabattant le lambeau ostéo-plastique qui laissa à découvert la dure-mère qui nous apparaît d'une couleur bleuâtre. Au lieu de faire hernie, elle était déprimée, donnant la sensation de vide fluctuant. Pas de battements dans la partie antérieure, on en observait dans le tiers postérieur.

Nous avons pratiqué l'incision dans la partie antérieure et supérieure dans une étendue de 2 centimètres, et nous avons remarqué l'adhérence de l'écorce à la dure-mère. Nous avons piqué avec une seringue de Pravaz, et déjà, entre la canule et le tissu cérébral, un liquide clair, transparent se mit à couler, avec lequel nous avons rempli la moitié de la seringue.

Une fois que la seringue a été retirée, le liquide jaillit, quand il eut cessé de couler, nous avons agrandi l'ouverture d'un demi-centimètre, inclinant la tête de côté pour qu'il pût s'épancher facilement. Alors nous avons vu au fond d'une d'une cavité la membrane blanche et coalescente du kyste que nous avons extrait au moyen d'une pince. Il en sortit de 250 à 300 grammes de liquide, la membrane, assez épaisse, correspondait en grosseur à une peau d'orange. Malgré tout notre soin, une certaine quantité de liquide s'épancha dans la cavité cérébrale, liquide que nous avons séché en partie avec de la gaze. Dans la partie interne de la membrane, il y avait un bon nombre de granulations blanches très petites, libres, qui étaient autant de têtes d'échinocoques. Le doigt introduit dans la cavité ne pouvait toucher ses parois dans la partie interne ni postérieure. Nous avons fait la suture continue de la dure-mère avec de la soie fine, et après avoir adapté le lambeau ostéo-cutané, nous avons suturé le cuir chevelu, plaçant ensuite un pansement bien compressif. Aussitôt que l'effet du chloroforme eut cessé, la malade remuait les membres, paralysés en contraction lorsqu'elle fut couchée sur la table d'opérations. Le pouls était devenu très petit et très fréquent (120-130); la respiration quelque peu irrégulière, ce qui nous détermina à lui faire une injection d'éther, qui modifia ces phénomènes. Les pupilles se contractèrent et réagirent à la lumière. La commissure labiale était moins déviée, et elle put répondre qu'elle se sentait très bien. Une disparition aussi rapide de la contracture, qui se maintenait encore au lendemain de l'opération, est étonnante, puisqu'elle pouvait déjà remuer les membres. Le strabisme avait disparu.

Le 16 *mai*, un œdème apparut au côté gauche de la tête et de la figure, les paupières recouvraient l'œil, il existait une abondante sécrétion conjonctivale, et un léger chémosis séreux. L'œdème qui s'étendait jusqu'au cou était franchement emphysémateux.

Au quatrième jour de l'intervention, l'emphysème avait disparu et l'œdème avait diminué, disparaissant totalement le lendemain. Son intelligence était très éveillée, elle parlait et riait, demandant la permission de se lever; cet état continua jusqu'au 22 mai, où le strabisme revint de nouveau; mydriase. La vision était moins claire, et le pansement et l'oreiller apparurent complètement mouillés. On sentait le liquide sous le lambeau, cicatrisé depuis le dix-neuvième jour où les soies des sutures avaient été ôtées.

Sous la pression le liquide sortait en jet par un point de la suture, antéro-inférieur; ce liquide était transparent et citrin.

Elle eut des vomissements et des douleurs intermittentes dans l'oreille gauche.

27 *mai*. — Tous ces jours la même quantité de liquide a coulé. Ce liquide a été reconnu stérile dans les cultures faites par le Dr Vinas.

Le 24 *mai*, son intelligence fut un peu alourdie, avec tendance au sommeil, ce symptôme disparut le 25. La bouche est plus déviée, et le strabisme continue.

Le 30 *mai*, est le premier jour où le pansement soit moins trempé. Du 22 au 30 on peut calculer que la malade perdit journellement 800 grammes de liquide céphalo-rachidien, calcul que nous avons fait en pesant le pansement avant et après la mise.

7 *juin*. — Du 30 mai au soir jusqu'au 3 du mois courant les températures se sont maintenues à peu près dans le terme normal, mais depuis ce jour, elles commencent à monter de nouveau irrégulièrement, avec des rémissions matinales. A 2 heures, elle eut une attaque convulsive, avec des sanglots et des mots inarticulés. La commissure labiale gauche se contracte cloniquement, de même que la paupière qui s'ouvre et se referme continuellement. Il y a aussi convulsion dans les membres, surtout dans les supérieurs. Les battements du cœur sont tumultueux pendant cette attaque. En comprimant fortement l'ovaire gauche, les sanglots recommençaient. Elle ne perdit pas connaissance et elle raconta ce qui lui était arrivé. Les jours antérieurs, comme elle était constipée, nous avions ordonné une dose de magnésie journellement. Pendant l'attaque on lui fit prendre un bain tiède, du bromure de potassium et un lavement évacuateur. On pouvait calculer à 50 grammes le liquide qui avait mouillé le pansement.

Le 9 *juin*, il s'écoula quelques grammes d'un liquide jaune orangé, trouble, dans lequel le Dr Vinas trouva au microscope « quelques globules rouges, des leucocytes en grande quantité et de la fibrine », mais le lendemain le pansement apparut complètement sec. La température, cependant, ne se normalise pas jusqu'au 13.

4 *juillet*. — Son intelligence s'est maintenue éveillée, les mouvements sont libres, et la force est revenue aux membres paralysés. La commissure labiale est, à certains moments, légèrement déviée vers la gauche; le strabisme externe de l'œil droit disparu après l'opération, reparaissant lorsqu'elle avait commencé de perdre le liquide céphalo-rachidien, continue dans le même état. L'acuité visuelle ne s'est pas modifiée, il lui est difficile de se diriger, car elle a à peine une légère sensation lumineuse. Dès les premiers jours de l'opération (deuxième) la sensibilité était revenue dans le côté gauche qui peu de temps avant était hypoesthésique.

Le 8 *juillet*, (ce fut la dernière fois que nous l'avons examinée) nous avons trouvé la sensibilité normale dans toutes ses modalités, la force musculaire était réacquise, autant dans le membre supérieur que dans l'inférieur; les réflexes, rotuliens, du coude et du poignet, étaient pareils à ceux du côté gauche. La bouche dans certains moments se déviait un peu, la langue remuait. Le strabisme externe persistait, mydriase, les pupilles réagissent en approchant une allumette. La parole est ferme, mais l'intelligence, quoique éveillée, présente quelque chose d'irrégulier. Cette jeune fille est sujette à de fous rires, causés parfois par les plus insignifiants motifs, et nous l'avons surprise plusieurs fois riant, sans que rien pût nous expliquer son hilarité.

Les températures ont été les suivantes :

		M.	S.	Pouls.	Respiration.
Mai.	14.	36°,9	— 37°,1	120 — 130 petit.	
	15.	37°,4	— 37°,6	160 régulier	36
	16.	37°,2	— 37°,2	108 — 110	30
	17.	37°,	— 37°,5	108	30
	18.	37°,4	— 37°,5	95	20
	19.	37°,9	— 37°,4		
	20.	37°,3	— 37°,7		
	21.	38°,	— 38°,9		
	22.	38°,3	— 38°,3	110	25
	23.	39°,	— 40°,		
	24.	39r,	— 39°,2		
	25.	38°,6	— 38°,6		
	26.	37°,3	— 38°,		
	27.	37°,9	— 38°,		
	28.	37°,4	— 38°,3		
	29.	37°,4	— 37°,8		
	30.	37°,3	— 37°,1		
	31.	36°,1	— 37°,1		
Juin.	1.	37°,	— 37°,3		
	2.	36°,7	— 37°,2		
	3.	36°,5	— 37°,6		
	4.	36°,7	— 37°,4		
	5.	37°,	— 37°,7		
	6.	36°,9	— 38°,3		
	7.	37°,4	— 37°,8		
	8.	38°,6	— 39°,6		
	9.	37°,9	— 39°,3		
	10.	38°,2	— 38°,5		
	11.	37°,8	— 38°,1		
	12.	37°,1	— 37°,1		

Le 8 *juillet* elle avait 85-96 pulsations et 18-20 respirations.

Les antécédents de cette petite fille et notre examen direct, nous portèrent dès le premier moment à interpréter ses troubles esthési-kinésodiques comme une lésion de l'hémisphère gauche.

Ceci était clair, parce que ces attaques d'épilepsie Jacksonienne et les paralysies latérales successives du côté gauche, sont les manifestations des excitations et des déficits correspondants au dit territoire cérébral, il est vrai que si le syndrome présenté par cette malade peut aussi se trouver dans l'hystérie, il n'est pas moins vrai que le tableau symptomatique examiné en détail est complètement différent.

Sans nous occuper des crises céphalalgiques paroxistiques accompagnées de vomissements, et de la limitation des convulsions au côté droit(faits que nous pouvons parfois ignorer, faute de personnes pour nous fournir ces indices, et nous arrêtant à l'examen direct), nous trouvons deux phénomènes peu fréquents dans l'hystérie : l'hémianesthesie est plus intense, et les réflexes généralement ne sont pas exagérés (1). Si nous ajoutons à cela la névrite optique, l'obtusion intellectuelle et l'aphasie relative, non observées non plus dans l'hystérie, on pourra comprendre les raisons que nous avons eu pour croire, dès le premier moment à une lésion organique. Dès l'âge de 7 ans, où elle eût la rougeole jusqu'au jour où commencèrent les convulsions, elle n'a jamais été malade, de sorte que les affections communes à l'enfance, telles que les hémorragies, les ramollissements etc., n'ont pas eu lieu ; pas de traumatismes, ni de suppuration auriculaire qui pussent donner l'idée d'un abcès.

On était donc obligé de penser à un néoplasme.

Le diagnostic dela nature des néoplasmes intracraniens est un des problèmes qui ne peut avoir qu'une solution probable, et même la classification clinique, si combattue par des études de cabinet; ne peut avoir, quand il s'agit des centres nerveux, l'utile application diagnostique des autres organes. La tumeur la plus bénigne, quand elle s'y développe, peut se terminer rapidement par la mort. Cependant un ensemble de circonstances permet parfois de soupçonner avec plus de probabilités la nature de la tumeur, comme dans le cas qui nous occupe. Depuis quelque temps, quand nous examinons un individu habitant la campagne, et lui découvrons une tumeur, soit elle hépatique, pulmonaire ou cérébrale, nous soupçonnons aussitôt sa nature parasitaire, tant les cas d'hydatides sont fréquents dans nos campagnes. Ces kystes, si rares dans certaines régions, se font chaque jour plus fréquents chez nous, jusqu'à nous faire croire qu'il dépassent en nombre ceux d'Islande et d'Australie.

Cette enfant arrivait de la campagne, et d'une zone où cette maladie est peut être le plus développée, de sorte que nous avons pensé aussitôt qu'une de ces tumeurs était la cause de ses troubles.

Quoiqu'il en soit, malgré nos efforts pour arriver à ce résultat, il nous manquait, comme dans tous les cas analogues, le diagnostic focal, parce que s'il est vrai que nous localisions dans un hémisphère, cette localisation est trop étendue, étant obligés de la limiter pour qu'elle nous devienne de quelque utilité. Il y avait à peu près un an, que la première manifestation de la lésion était apparue chez cette enfant, c'est-à-dire la première manifestation appréciable pour la famille et les personnes qui l'entouraient. Cette manifestation consista en convulsions, probablement partielles, ce que nous n'avons pas pu savoir exactement. Depuis ce moment, tous les 15 jours, ou tous les mois, elle souffre de fortes douleurs de tête, localisées dans la région fronto-pariétale gauche, accompagnées de vomissements ou bien de convulsions limitées au côté droit, et deux mois avant de nous consulter, le facial inférieur du même côté se paralyse.

Généralement, après une attaque d'épilepsie Jacksonienne, un côté du corps, ou parfois un membre seulement, reste parésié ou paralysé. Si ce phénomène s'est produit chez cet enfant, il fut sans doute très passager, car sa mère qui l'a observée constamment (quoique ces données inspirent peu de confiance, venant d'une femme d'une intelligence très limitée), croit que lorsqu'elle se levait ses membres conservaient leurs mouvements, de sorte que les attaques se sont produites pendant un an à peu près, avant que la paralysie du facial soit survenue. L'épilepsie Jacksonienne est toujours symptomatique d'une excitation corticale, soit directe, soit réflexe. Dans le premier de ces cas, la zone épileptique peut être excitée quoiqu'il n'y ait pas une lésion *in situ*, comme on l'a vu dans les foyers pathologiques du lobe temporal, occipital, etc., et l'excitation, dans ces conditions, doit s'expliquer par compression ; de sorte que, si anatomiquement et physiologiquement la zone épileptogène correspond à la région psycho-motrice, ce qui est important pour le diagnostic local, il ne peut être absolu dans tous les cas, puisque des foyers de la région voisine, corticale ou de la substance blanche ont produit le symptôme. Les cas de grandes tumeurs postérieures produisant des convulsions ne sont pas rares, et n'ont, par conséquent, aucune valeur topique. Quant à l'attaque succède une paralysie passagère du facial, d'un membre, ou d'une partie d'un membre, et après quelques attaques, toujours avec les mêmes conséquences, il reste une paralysie permanente, alors on peut, avec de grandes probabilités, localiser la lésion dans le foyer cortical du membre affecté.

Le diagnostic est encore plus sûr quand la paralysie apparaît d'abord, et quand les convulsions partielles agitent les membres paralysés. Dans les cas pareils à celui qui nous occupe, il n'est pas possible d'assurer le lieu de la lésion. car les phénomènes présentés, les antécédents antérieurs et postérieurs faisant faute (à cause de l'ignorance ou du manque d'intelligence des personnes qui ont entouré la malade), peuvent correspondre à un néoplasme placé antérieurement ou postérieurement aux circonvolutions centrales, car les symptômes qui prédominaient étaient ceux d'une compression cérébrale, et autant les symptômes de déficit, comme ceux d'excitation, sont, dans les cas analogues, les effets du volume du néoplasme. S'il s'était trouvé dans la région centrale, ou du moins à

(1) Le phénomène des orteils de Babinsky ne pouvait s'observer à cause de l'absence du réflexe plantaire.

*

proximité, les phénomènes de déficit auraient suivi de plus près aux phénomènes d'excitation. Dans ces conditions, notre diagnostic plaça la tumeur dans la région voisine des circonvolutions centrales, et voyant la persistance de l'épilepsie partielle et l'intense céphalalgie, nous avons supposé l'écorce et la dure-mère affectées.

La persistance de la douleur, toujours au même point, est aussi un fait digne d'attention, car, quoiqu'elle puisse se présenter dans les tumeurs des autres régions et spécialement dans les tumeurs cérébelleuses, on doit se rappeler qu'elle n'est qu'un symptôme de plus, dont la valeur réside dans son association avec les autres. Malgré la grosseur des tumeurs postérieures, il est rare qu'elles produisent un engourdissement intellectuel aussi profond, approchant dans ce cas de la stupeur.

Le manque d'hygiène, chez cette enfant, nous empêche, d'abord, d'examiner son crâne minutieusement, mais une fois lavé et rasé, l'usure de l'os facilita notre tâche. La percussion dans cette région, laissait entendre un son clair avec sensation de vide, tout à fait différent du son rendu dans les autres parties du crâne.

Si nous ne nous arrêtons pas à expliquer l'hémi-anesthésie et le strabisme de l'œil droit, c'est parce que dans les cas de cette nature, où les symptômes compressifs sont aussi accentués, tous ces phénomènes sont des effets à distance dus au grand volume de la tumeur. Ce ne sont pas par conséquent, les exemples les plus favorables pour l'étude des localisations cérébrales, et si, par la symptomatologie étrange qu'elles peuvent parfois présenter, on voulait arriver à des conclusions contraires à la casuistique, bien observée dans les tumeurs circonscrites, on tomberait dans les erreurs commises par Jaccoud, qui dans son zèle pour combattre ce qui ne devait plus lui laisser de doute, présentait des observations erronées parfois, et parfois mal formulées. Nous pouvons en dire autant des conséquences négatives qu'on prétend déduire à propos des tumeurs découvertes sans avoir produit des symptômes, car on sait bien que leur croissance lente produisant une compression lente aussi, les rendent supportables en certains cas, même lorsqu'elles surviennent dans les circonvolutions centrales. Cependant, les observations comme celles de Saint et de Nothnagel, sont de véritables exceptions.

La névrite optique observée chez cette enfant, et qui avait causé la cécité de l'œil gauche, laissant une vision très faible dans l'œil droit, est un symptôme diversement interprété; — compression, matières irritantes (Leber), microorganismes — (Deutchsmann), mais dont le processus soulève encore des doutes. Son importance pour le diagnostic de tumeur cérébrale n'est pas absolue, ce qu'ont démontré des observations, comme celles de Broadbent, qui a fait connaître le cas de quelques enfants attaqués de névrite et maux de tête, l'autopsie ayant même été faite à l'un de ces enfants, démontra comme l'observation, que l'anémie en était la cause.

A. Murri a aussi observé deux enfants, un garçon de 12 ans et une fille de 14, tous deux anémiques et nerveux, présentant des altérations inflammatoires dans le nerf optique, symptôme qui porta plusieurs cliniciens à supposer l'existence de tumeurs intracraniennes. 11 et 7 ans ont passé respectivement, et tous deux se trouvent aujourd'hui complètement guéris. On ne sait pas si le fond de l'œil est normal, mais la vision est parfaite dans les deux.

D'autres fois la tumeur existe sans optonévrite, comme nous l'avons observé dans le cas publié par nous en l'année 1894. (*Rev. Soc. méd. Arg.*). Pour le diagnostic topographique, la névrite n'a aucune importance. Et quant à ceux qui pensent qu'une fois la tumeur extraite, thérapeutiquement ou spontanément, la névrite cesse, le cas présent donnerait raison à Byron Branvell, qui dit qu'une fois que le nerf a suivi son cours irritatif, il doit retomber plus facilement. La tumeur fut extraite à notre petit malade, et la névrite augmenta au lieu de s'arrêter.

Les difficultés que présente dans la pratique le diagnostic local des tumeurs intracraniennes, font que l'on ne peut accorder d'importance à aucun symptôme exclusivement, il est nécessaire d'en réunir le plus grand nombre possible, de les interprêter sérieusement, et même alors il est possible de se tromper, ce qui rend inexplicable la conduite suivie par certains chirurgiens, auxquels ces manifestations de tumeurs cérébrales suffisent pour intervenir, soit qu'ils ne se sont pas assez préoccupés de les localiser, ou qu'en réalité il ne leur a pas été possible de le faire. Ils seraient moins à blâmer s'ils se contentaient dans ces cas d'une simple ouverture du crâne et d'incision de la dure-mère avec une ou deux ponctions capillaires en respectant les ventricules.

Quand nous avons fait l'extirpation du kyste, son grand volume avait détruit presque tout le lobe frontal, respectant seulement la troisième F et la FA, ce que nous pouvons assurer vu la réintégration de fonctions localisées dans ces parties. Nous avions une ouverture secondaire du ventricule latéral, car nous ne croyions pas que ses parois pussent résister à la pression du liquide céphalo-rachidien. Tâchant d'éviter cet accident, dont la gravité nous est confirmée par l'expérience, nous n'avons pas pratiqué le lavage de la cavité ni le drainage, soulevant la malade en décubitus latéral droit, ayant la tête élevée.

Malgré toutes ces précautions, l'œdème emphysémateux du côté gauche se produisit dans les premiers jours. Ce phénomène faisait soupçonner que l'ouverture ventriculaire s'était produite, et que la cavité cérébrale, s'emplissant du liquide céphalo-rachidien, avait déplacé l'air qu'elle contenait et qui s'était infiltré dans les tissus, puisque ces sutures complètes de la dure-mère et de l'épicrane ne lui permettaient pas de couler à l'extérieur. La perte abondante, par un point de suture, d'un liquide citrin, transparent, en quantité d'environ 800 grammes par jour pendant 9 jours, et en moindre quantité pendant 12 jours, confirme davantage nos craintes. Au cinquième jour, quand la température commença à s'élever, sans obtenir qu'elle baissât par l'emploi des laxatifs, nous craignîmes une infection opératoire, malgré les précautions prises. Mais quand le 13 mai, la température monta à 40°, et les cultures du liquide, faites par le Dr Vinas, furent reconnues stériles, observant en même temps le bon état général et le dégourdissement intellectuel de l'opérée, nous n'avons plus eu cette crainte, parce que la perte de liquide céphalo-rachidien suffisait pour expliquer l'hyperthermie, mais nous avons attribué à ce phénomène une extrême gravité, car lorsque la perte de liquide céphalo-rachidien s'est produite, la mort en a été la conséquence.

Les larges interventions intra-cérébrales, dit Chipault, se heurtent à un écueil qui paraît insurmontable ; l'ouverture large des ventricules. Cette ouverture entraîne, en effet, constamment, dans un délai rapide, ne dépassant pas parfois quelques heures, la mort de l'opéré, avec des phénomènes hyperthermiques et convulsifs, qui ne sont point d'origine infectieuse et semblent simplement dus à la déperdition du liquide céphalo-rachidien ».

« Quand le chirurgien a ouvert une cavité pathologique cérébrale (porencéphalique, hydatique, hémorragique), ou quand il a extrait une tumeur étendue ; dans ce cas, nous le répétons, la mort est la conséquence constante de l'ouverture ventriculaire, et elle survient avec les symptômes que nous avons indiqués. Bullard, Hammond, Lloyd, Diller, ont ouvert des cavités parencéphaliques : écoulement formidable de liquide céphalo-rachidien, et mort en quelques heures dans le collapsus ou les convulsions avec hyperthermie. L'écoulement moindre entraîna une terminaison moins rapide, en une quinzaine de jours, mais ici encore après des poussées inexpliquées d'hyperthermie, dans un cas où Bergmann, à la suite d'une erreur de diagnostic, ouvrit un énorme foyer hémorragique cérébral. Le malade supporta bien l'opération, puis au bout de quelques jours, le foyer s'ouvrit secondai-

rement dans le ventricule (1) le liquide céphalo-rachidien se mit à couler et les accidents habituels des ouvertures ventriculaires apparurent immédiatement. Les interventions pour kyste hydatique nous fournissent de nombreux faits analogues.

« Un malade de Jenkins meurt en six heures, avec un écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien et une température de 104° F.; un de ceux de Verco meurt en quatorze heures, avec une température de 106° F., et des convulsions répétées; à l'autopsie on trouve une ouverture ventriculaire à y mettre le doigt; un autre de Darry, après avoir survécu 20 jours à l'opération, mourut brusquement avec une température de 104° F. Depuis quelques jours, le liquide céphalo-rachidien s'était mis à couler par la plaie, et, à l'autopsie, la cavité opératoire en fut trouvée remplie : il s'était fait très probablement une ouverture ventriculaire secondaire. » « La mort est également constante, et survient dans les mêmes conditions lorsque l'incision d'un abcès, l'extraction d'une tumeur cérébrale, ouvrent primitivement ou secondairement les ventricules; lorsque leur drainage pour hydrocéphalie, entraîne une déperdition très considérable de liquide céphalo-rachidien. Il nous semble donc inutile d'insister davantage sur la réalité de la règle que nous avons posée tout à l'heure. »

Il est un cas de gliome cérébral diffus, opéré par le Dr Palma en 1893 (2), où il incisa le cerveau, en pénétrant jusqu'au ventricule latéral, qu'il explora avec l'index, et qui malgré de grandes pertes de liquide céphalo-rachidien la température se maintint normale, pendant 16 jours, et quand, au bout de ce temps la température monta, une infection étant survenue, la quantité de liquide diminua. Ce cas est une véritable exception.

Nous connaissions ces observations, et naturellement, nous craignions pour le sort de l'opéré. Cependant le Dr Castro, nous disait qu'il ne redoutait pas trop la perte de liquide céphalo-rachidien, parce qu'il a vu dans des cas d'interventions á propos d'épine bifide, des pertes considérables de liquide sans provoquer de funestes conséquences.

Mudd (3) dans un cas de kystes hydatiques de la région rolandique droite opérés chez un garçon de 12 ans, observa un épanchement abondant de liquide céphalo-rachidien, deux ou trois jours après l'opération une hernie cérébrale se forma, laquelle, piquée plusieurs fois donna issue à du liquide cephalo-rachidien : — drainage pendant 37 jours — à ce moment la plaie est rouverte, la hernie piquée sans résultat : pansement compressif. Le malade sort guéri de l'hôpital le quarante-septième jour. Ce cas, est celui qui nous occupe, sont les seuls qui aient eu un heureux résultat après une intervention cérébrale, suivie d'une grande perte du liquide céphalo-rachidien.

« Sur 7 cas de kystes cérébraux elle s'est produite 6 fois (Chipault).

Sur un ensemble de 57 kystes hydatiques cérébraux, dit Verco dans son étude présentée au Congrès international de Melbourne en 1893, je n'en trouve pas moins de 15 nés dans les ventricules ou les ayant ouverts par suite de leur développement; 37 autres étaient certainement indépendants des ventricules, mais sur ceux-là 5 n'en étaient séparés que par un mince diaphragme de tissu cérébral n'ayant pas une épaisseur de plus de 3 millimètres. Des cas restant 4 communiquaient très probablement et 9 probablement pas, tandis que, sur 5 autres nous avons trop peu de détails pour préciser quoique se soit. En somme sur 52 cas dont on peut parler en connaissance de cause, quinze fois il y avait ouverture ventriculaire, soit 30 0/0 ; cinq fois, soit près de 10 0/0, il n'y avait entre la cavité kystique et la cavité ventriculaire qu'une paroi extrêmement mince. Sur 3 cas que l'on opère, on est donc sûr d'ouvrir une fois le ventricule, et l'on a chance de l'ouvrir plus souvent. »

Chez nous, la chirurgie est déjà intervenue dans un certain nombre de kystes hydatiques du cerveau; un cas opéré par le Dr Llobet (1) eut une heureuse issue, deux cas du Dr Alejandro Castro (2), un de ces deux cas était du ventricule gauche, le malade mourut de méningite de la base le huitième jour; l'autre cas, inédit, est de la région rolandique : guérison du malade. Mais trois mois après, la plaie se gonfla et commença à expulser de nouvelles vésicules, le malade mourut dans ces conditions.

Dans l'année 1894, nous avons opéré un kyste de l'hémisphère droit, région rolandique, avec succès (3). Il y a un an j'ai vu cet individu en bonne santé, il conservait la parésie et l'atrophie de la main gauche. Le Dr M. Castro (4) a opéré deux malades, un d'eux de l'hémisphère gauche avec usure du pariétal en trois points, le malade guérit; le second opéré, du lobe occipital avec usure de l'os, mourut de méningite de la base. Le Dr Posadas a opéré trois malades, un cas des lobes occipital et pariétal droits, et l'autre de l'hémisphère droit, région motrice. Les deux terminèrent fatalement. Dans le dernier de ces deux cas, la mort survint le quatrième jour de l'opération avec hyperthermie et convulsions; à l'autopsie on trouva une perforation du ventricule latéral. Dans le premier de ces deux cas il y avait aussi communication du ventricule avec la cavité cérébrale.

Le troisième cas était de l'hémisphère droit, région motrice, le malade guérit au bout de 25 jours. En somme, sur les 10 cas énumérés, 6 ont eu une heureuse issue. Dans la plupart de ces cas on a pratiqué le drainage, mais on doit noter que parmi ceux qui ont guéri, celui qui nous occupe est le seul où il y ait eu communication ventriculaire, et nous croyons que les sutures hermétiques des plaies opératoires ont, sans aucun doute, influé sur son heureuse issue. Il est très probable que si nous n'avions pas procédé par la suture des plaies durale et cranienne, ce cas aurait été compté parmi les cas fatals, et nous pensons qu'on doit agir de même systématiquement dans tous les cas de cette nature, en s'abstenant de placer le drainage, et en tâchant de faire les sutures avec le plus de perfection possible. Les lavages, que la plupart des chirurgiens font dans la cavité cérébrale, une fois le kyste extrait, ne nous paraissent pas nécessaires, même en cas d'écoulement du liquide kystique, car nous n'avons pas de raisons fondées pour admettre la toxicité attribuée à ce liquide. Nous savons tous, que dans certains cas, une simple ponction exploratrice de kyste hépatique, peut causer la mort, comme le Dr Jasinsky eût le malheur de l'observer dans un petit malade habitant le Tandil, à qui il fit la ponction et qui mourut quelques moments après; mais heureusement ces cas sont exceptionnels; l'urticaire, par contre, est un phénomène fréquent.

L'un et l'autre de ces phénomènes sont interprétés par quelques cliniciens, comme une conséquence d'une intoxication due aux principes contenus dans le liquide kystique. Comme nous avons fait un certain nombre de ponctions exploratrices, aspiratrices, et d'extractions de kystes, sans que ni l'urticaire, ni des manifestations d'un autre ordre se soient produites, nous ne croyons pas pouvoir accepter une affirmation aussi absolue que celle do Dieulafoy : « Le liquide de l'hydatide est toxique », car, s'il en était ainsi, il devrait se produire des manifestations d'intoxication dans tous les cas, et principalement quand ce liquide se répand dans les tissus.

Poursuivant la solution de ce problème, le Dr Vinas, dès le commencement de cette année, s'est occupé de faire des cultures de liquide et de membranes kystiques.

(1) Il serait plus exact de dire que ce fût le ventricule qui s'ouvrait dans le foyer.
(2) Rev. Soc. Med. Arg. Vol. II, pag. 128.
(3) *Am. J. of. Med, Sc.* 1892, T. I, p. 412 in Chipault. *Op. cit.* p. 368, n° 92.

(1) *Rev. Soc. méd. Arg.*, t. I, p. 144 et *Rev. de Chirurgie*, p. 970, 1892.
(2) *An. del Circ. méd. Arg°*, p. 125, 1890.
(3) *Rev. Soc. méd. Arg*, vol. III, p. 131.
(4) *Rev. de Chirurgie*, p. 194, 1899.

Dans les 10 kystes qu'il a cultivés, 7 n'ont présenté aucun germe, dans les trois autres il a obtenu des staphylocoques dans la culture du liquide. Une des membranes donna des staphylocoques et des diplocoques. Le Dr Vinas a fait des inoculations avec le staphylococcus et il a pratiqué des greffes de membranes dans des cochons d'Inde, des lapins et des chiens, tantôt dans le tissu souscutané, tantôt dans la cavité péritonéale ou méningée.

A la suite de ces expériences il n'a observé les symptômes d'intoxication dans aucun cas. Il en résulte que sur dix cas, aucun ne s'est trouvé toxique. Une des injections du liquide kystique produisit la mort d'un cobaye. L'examen du sang et du liquide péritonéal de ce cobaye ne découvrit aucun germe, ce qui fit croire que cette mort était due a la toxicité du liquide, mais les cultures du sang et du liquide péritonéal donnèrent, au bout de 48 heures, un bacille court. Ce bacille perdit le Gramm, il ne forma pas de pellicules dans le bouillon, il ne coagula pas le lait et il rougit le bleu tournesol.

Pendant ce dernier mois, alors que cet article était déjà rédigé, trois nouveaux cas de kystes hydatiques ont été opérés. Deux appartiennent au Dr A. Castro et l'autre au Dr Herrera Vegas. Un de ces premiers cas, de la région motrice, a été opéré il y un mois, le malade se trouve dans de bonnes conditions, l'autre cas a été opéré aujourd'hui, 29 août. C'est un garçon de 8 ans, au crâne d'apect hydrocéphalique, il y a un an à peu près, des vomissements lui survinrent; dernièrement une paralysie du facial gauche inférieure se dessina, il perdit la vision, et il avait actuellement de l'hémiplégie spasmodique gauche, de l'exagération générale du réflexe, le phénomène de Babinski aux orteils dans les deux pieds, cécité et nistagnus. La percussion du crâne donnait un son clair, semi-tympanique dans le côté droit, plus prononcé dans les deux tiers antérieurs, la percussion était très douloureuse dans la partie occipitale-pariétale du même côté, c'est dans cette région que s'étaient toujours localisées les douleurs. La particularité de ce cas est l'absence complète des convulsions. En plaçant la fraise dans la région pariétale postérieure, l'os fut trouvé si mince, qu'il put être coupé avec les ciseaux, on en enleva un petit fragment, par où on a pu ôter la membrane germinative.

Ce kyste était énorme, il embrassait une partie du lobe occipital. et une grande partie du frontal, car une sonde cannelée de 10 centimètres, que l'on introduisit, ne touchait aucune paroi; ce kyste était par conséquent, plus grand que celui qui nous occupe.

Le cas du Dr M. Herrera Vegas était un kyste développé dans l'os, il pénétrait dans la cavité, et dans la région occipitale droite, ayant acquis un volume considérable.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Étiologie de la dysentérie,

Depuis Sydenham et Pringle, l'histoire de la dysentérie a subi bien des vicissitudes. C'est ainsi que Broussais, et même Trousseau et Virchow la considéraient comme une entérite banale ou due au paludisme (Trousseau). Et cependant les médecins des colonies, Annesley, Dutrouleau, Colin, Kelsch et Kiener, Laveran, etc. proclamaient bien haut sa spécificité. Plusieurs causes nous expliquent cette contradiction ; tout d'abord on a confondu la dysentérie avec des états cliniquement et surtout anatomiquement analogues, tels que l'empoisonnement par le mercure, l'entérite urémique etc. ; et en second lieu on a voulu identifier la dysentérie des pays chauds avec certaines diarrhées endémiques de nos contrées tempérées.

Les recherches bactériologiques augmentèrent la confusion, on décrivit des bacilles multiples, des streptocoques (Zancarol) etc., comme agents de la dysentérie. Mais aucun de ces microbes ne parut spécifique. Les expériences récentes semblent cependant trancher la question. Il résulte des travaux de Kartulis, Koch, Laffleur, Roger, Marchoux que la diarrhée dysentérique des pays chauds dépend probablement d'une infection microbienne, comme l'avaient soutenu en 1875 Lösch, et un peu plus tard Quincke et Roos; et que la diarrhée dysentériforme de nos climats ou dysentérie nostras provient de la pullulation dans le gros intestin d'un microbe que vient de décrire M, Roger.

Ce microbe s'obtient en semant le mucus intestinal dans du bouillon, et en injectant, le lendemain, quelques gouttes de cette culture impure dans les veines d'un lapin. Celui-ci succombe rapidement; son sang et ses viscères renferment uniquement un bacille de 3 à 4 μ de long, à extrémités arrondies, ne se colorant pas par la méthode de Gramm, et très mobile. Il se cultive bien sur tous les milieux de laboratoire. Inoculé à un lapin, dans la veine marginale de l'oreille, il amène une diarrhée sanglante, au bout de 24 heures. Si l'animal résiste plusieurs jours, on constate à sa mort, des ulcérations du gros intestin analogues à celles de la dysentérie. Il ne faut cependant pas considérer ce microbe comme l'agent de la dysentérie vraie des pays chauds ; mais bien comme celui d'une affection spéciale, la dysentérie nostras, comparable au choléra nostras, dont la nature est bien différente, comme on sait, de celle du véritable choléra asiatique.

De son côté, M. Marchoux rappelait à la Société de Biologie, dans la séance du 4 novembre 1899, qu'il avait isolé des selles d'individus atteints de dysentérie, au Sénégal, des amibes analogues a ceux déjà décrits par Lösch, associés ou non au streptocoque de Zancarol. Injectés dans le rectum d'un chat, l'animal réactif par excellence de la dysentérie, ils produisaient une diarrhée abondante ; et l'autopsie démontrait la présence d'un grand nombre d'ulcérations sur le côlon. L'inoculation du streptocoque seul ne produisait qu'une septicémie vulgaire, sans lésions intestinales ; de sorte que ce microbe ne semble jouer ici qu'un rôle secondaire,

accélérant peut-être l'évolution de la dysentérie; l'action primordiale semble être dévolue à l'amibe.

F. RAMOND.

Le Concours de l'Internat.

La solution que le Gouvernement doit donner à l'interruption du concours de l'Internat est, dit-on, dès maintenant décidée. Ce serait celle que nous avons indiquée, dès le début, comme la plus équitable; c'est-à-dire la terminaison du Concours actuel, l'institution d'un nouveau Concours pour les quatre-vingts candidats dont les copies ont été détruites et le partage proportionnel des places vacantes entre les candidats ayant remis des copies à ces deux Concours. Restent toujours les sanctions disciplinaires et judiciaires à donner aux fraudes commises. Certains de nos confrères ont prétendu que l'examen des fraudes indiqués dès le début gênerait l'instruction judiciaire du cambriolage de Beaujon. Nous avons le regret de ne pas partager cette opinion. Toutes les fraudes doivent être recherchées et punies de façon exemplaire pour empêcher le retour de pareils scandales qui nuisent non seulement à l'Internat mais au Corps médical tout entier. Il est regrettable que nos maîtres soient obligés d'avouer publiquement que la fraude est de règle dans tous les Concours de médecine depuis de longues années. Pourquoi donc l'avoir si longtemps tolérée? Bel encouragement donné aux étudiants probes et honnêtes dès leur entrée dans la vie!

Il faut que la lumière complète soit faite sur tous les méfaits du dernier Concours d'Internat, tant au sujet des substitutions de copies qu'à celui de l'effraction de Beaujon. En somme, le mobile de ces fraudes était le même et les coupables de ces actes déloyaux ne diffèrent guère que par une différence d'audace et d'aptitude au cambriolage.

Certains candidats ont été soupçonnés, leurs noms ont été prononcés, leur honneur est ainsi compromis et il est indispensable qu'une enquête sérieuse soit faite. Ils la réclament d'ailleurs, témoin la lettre suivante que trois d'entre eux ont adressée au juge d'instruction, M. de Valles :

Monsieur le juge.

Une note, parue il y a quelques jours dans un journal du matin, a fait prononcer certains noms, parmi lesquels les nôtres, à l'occasion de l'affaire de l'hôpital Beaujon.

Nous avons négligé jusqu'à ce jour ces insinuations, que nous voulons croire plus légères que perfides, mais, devant les difficultés de l'instruction, nous venons vous prier de bien vouloir nous convoquer d'urgence pour nous permettre de nous expliquer devant vous.

Veuillez agréer, etc.

JACQUES VAILLANT, JEAN GOUJON, PAUL TILLAYE.

Le bruit a tellement couru qu'on voulait sauver les coupables que M. le Dr Treille, sénateur de l'Algérie, a écrit à M. Waldeck-Rousseau, ministre de l'intérieur la lettre suivante :

Monsieur le ministre,

J'ai l'honneur de vous informer que je demanderai, à la première séance que tiendra le Sénat, à vous interpeller sur l'affaire de l'hôpital Beaujon et du concours de l'internat de Paris.

Mon interpellation visera d'abord les scandales qui se seraient produits depuis longtemps. et particulièrement cette année, à l'occasion de ce concours. Je vous prierai d'indiquer les moyens que l'administration compte prendre pour en empêcher, désormais, le renouvellement.

Je désire également provoquer les déclarations indispensables sur les causes du retard apporté à la solution de cette affaire, qui intéresse non seulement les candidats ayant pris part aux épreuves écrites, mais encore un grand nombre de familles.

Enfin, il me paraît absolument nécessaire que le gouvernement fasse connaître que les coupables, quels qu'ils soient, ne sauraient être couverts, comme certains journaux le donnent à entendre, par la qualité de leurs parents,

Veuillez agréer, Monsieur le ministre, l'assurance de ma haute considération. Dr ALCIDE TREILLE.

Espérons que le Gouvernement saura résister à toute pression et parviendra à trouver les coupables, car l'attentat de Beaujon s'est opéré dans des conditions telles que nous nous refuserons toujours de croire qu'un juge d'instruction habile, secondé par la police parisienne, ne puisse arriver à en découvrir l'auteur.

On a beaucoup médit des Concours de Médecine depuis quelques années et la plupart des reproches formulés étaient fondés. Si l'on ne porte pas rapidement remède au mal, il est à craindre que l'institution utile de l'internat ne sombre par l'effet de ces généralisations hâtives si communes à l'opinion publique d'aujourd'hui, dans une défaveur et une déconsidération imméritées.

J. NOIR.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 décembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr BOUCHARD.

Les élèves du Pr GIARD ont réuni les travaux du laboratoire de Wimereux comme un hommage à leur savant maître, et en offrent à la Société un exemplaire, ce qui est l'occasion d'un hommage au savant si sympathique.

M. FÉRÉ a constaté que les mouvements du *crémaster* ne sont pas seulement réflexes, mais sont parfois volontaires chez certains individus, le testicule peut être relevé de deux centimètres; chez les hémiplégiques, le mouvement volontaire du crémaster est aboli du côté paralysé.

MM. HALLION et Ch. COMTE ont étudié l'action du froid et de la chaleur sur la vaso-dilatation des petits vaisseaux. On attribuait à ces deux facteurs une action de paralysie vaso-dilatatrice. Or, au moyen du pléthysmographe digital, la chaleur donne bien lieu à une vaso-dilatation avec rougeur de la peau; l'action du froid donne un pouls capillaire faible, un amoindrissement de la circulation; ceci vient de ce que les capillaires sous-cutanés sont paralysés; mais la circulation est très ralentie même dans les capillaires; car si l'on détermine une pression, même légère, la tache pâle ainsi produite est lente à s'effacer par l'envahissement du sang. Des cas analogues se rencontrent en clinique; on prononce souvent le mot paralysie vaso-motrice sur la simple constatation d'un excès de coloration sanguine, alors que la région considérée, loin d'être chaude, est relativement froide et que loin d'être le siège d'une circulation active, elle présente au contraire de la stagnation du sang.

M. M. DE FLEURY étudie sur les *épileptiques* avec des graphiques la tension artérielle de la force dynamométrique, du seuil de la sensibilité, de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine. La nutrition est retardante dans la grande majorité des cas du mal comitial; il y a aussi des modifications avant l'accès et après.

MM. J. Nicolas et Arloing (de Lyon) ont cultivé trois échantillons de bacille de Lœffler : 1° En bouillon de bœuf; 2° en bouillon Massol (veau légèrement putréfié); 3° bouillon ordinaire additionné de un dixième de sérum humain ; 4° bouillon ordinaire additionné de un dixième de sérum de cheval normal. C'est dans cet ordre que les quatre milieux ont favorisé l'évolution du bacille diphtérique. C'est le bouillon Massol et le bouillon de sérum qui favorisent le moins la virulence.

M. Nicloux a recherché la présence de l'alcool dans le sang du fœtus, après l'avoir introduit dans l'estomac de la chienne. Cet alcool y est aussi abondant que dans le sang de la mère. Si la mère pendant le travail prend de la potion de Todd, on retrouve l'alcool dans le cordon.

M. Nicloux a également trouvé l'alcool dans le lait de la mère après ingestion de potion alcoolique chez la mère; c'est un quart d'heure après l'ingestion que le lait passe, une heure après qu'il est au maximum.

M. Laborde fait remarquer l'importance de ces constatations pour expliquer l'alcoolisme du fœtus et du nourrisson.

M. Carrière (de Lille) étudie la lipose par le procédé de dosage de Hanriot. Chez l'homme sain la lipose oscille entre 15 et 18 unités. Dans le diabète, elle monte à 20; dans la tuberculose elle tombe à 13. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 décembre 1899. — Présidence de M. le Pr Panas.

Elections.

La séance est occupée toute entière par les élections annuelles.

Election d'un vice-président. — M. Guyon est élu à la presque unanimité des suffrages.

Election du secrétaire annuel. — M. Vallin est réélu à l'unanimité.

Election de deux membres du conseil. — M. Lannelongue et M. Cornil sont élus. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 décembre 1899. — Présidence de M. Troisier.

Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.

M. Louis Guinon relate trois cas nouveaux de fièvre typhoïde contractés par des enfants en traitement depuis plusieurs semaines dans son service hospitalier.

M. Joffroy rappelle avoir en 1882 réuni en peu de temps 500 cas de fièvre typhoïde et sur ce nombre à peine deux ou trois cas avaient été contractés dans les services hospitaliers. M. Joffroy remarque la rareté des cas de contagion de la fièvre typhoïde. La transmission de la fièvre typhoïde est parfois bizarre. Un de ses malades de l'Asile clinique au régime lacté depuis trois mois fut atteint de fièvre typhoïde, une petite épidémie régnait dans son seul service. Le lait ne pouvait être mis en cause, car son seul service dans l'Asile était frappé. Il est probable que le nettoyage des vases culinaires avec des eaux polluées était la cause primitive de l'infection.

M. Rendu croit à la possibilité de la transmission par le nettoyage des effets et de la literie des malades, par les autopsies, etc.

M. Variot rappelle une sorte d'épidémie d'hôpital analogue à celle observée par M. Joffroy à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Richardière rapporte le cas d'un syringomyélique atteint de fièvre typhoïde, bien que restant dans son lit depuis plusieurs mois.

Endorcadite végétante.

M. A. Petit montre les pièces d'autopsie d'un malade atteint de végétations endocarditiques au milieu de l'orifice mitral. Durant la vie, aucun signe clinique, ni stéthoscopique n'a pu permettre de déceler cette affection. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 décembre 1899. — Présidence de M. Richelot.

Pneumatocèle.

M. Kirmisson, a l'occasion de l'observation de pneumatocèle, présentée et commentée dans la dernière séance par M. Berger, constate que c'est en effet sur la base de l'apophyse mastoïde que s'était faite la perforation, et que ce point correspond à la suture pétro-squameuse, et M. Kirmisson partage l'opinion de MM. Malapert et Berger, que c'est là que se produit généralement la perforation, perforation préparée dans cette altération par nucleite antérieure.

Traitement de la coxalgie.

M. Nélaton déclare que sur deux malades qu'il a présentés l'un qu'il a présenté comme guéri, a fait une récidive le jour même de la présentation ; sur les deux malades présentés il n'y a donc qu'une guérison ; malgré cela, M. Nélaton déclare que la résection est une excellente opération et que si cette malade n'avait pas été opérée, au lieu d'une fistule, elle en aurait trois.

M. Nélaton insiste à nouveau sur ce fait qu'il faut appliquer à la coxalgie le traitement de la tumeur blanche du genou. La coxalgie est-elle susceptible d'être guérie radicalement par une arthrectomie totale, il faut faire la résection ; au contraire, les lésions sont-elles trop étendues, il faut, comme pour le genou, considérer la résection comme contre-indiquée et s'abstenir ; quand au choc opératoire, considéré par M. Felizet comme négligeable ou nul, par M. Kirmisson comme réel, M. Nélaton pense qu'il s'agit d'une question technique et que ces phénomènes d'ictus iront en diminuant à mesure que la technique deviendra meilleure.

Après élection au scrutin secret, ont été nommés :

Président de la Société de chirurgie, M. Richelot ; *Vice-Président*, M. Reclus; *Secrétaire perpétuel*, M. Segond ; *Secrétaires annuels*, MM. Jalaguier, Gérard Marchant.

Membre titulaire de la Société de chirurgie, M. Beurnier.

Membres correspondants nationaux : MM. Delanglade, Loison, Tédenat, Malapert. Schwartz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 11 décembre 1899. — Présidence de M. Constant.

Rapport de M. Decori sur une question d'*honoraires médicaux contestés dans un cas de faillite.*

Messieurs, vous avez bien voulu soumettre à mon examen la lettre que M. le Dr Grasset, membre correspondant de la Société, adressait à M. le Secrétaire général et vous m'avez prié de donner mon avis sur les questions qu'elle soulevait. Voici les conclusions auxquelles je suis arrivé : Cette lettre soulève, ainsi que le dit M. Grasset, deux questions distinctes qui peuvent se formuler ainsi :

I. Qu'entend-on par les mots « dernière maladie »? Sur quelle période d'une maladie peut s'étendre le privilège de la créance médicale établi par l'article 2.101 du Code civil?

Comprend-il la maladie tout entière, présentant le même caractère et soumise au même traitement ou seulement la période ultime de cette maladie?

II. Un médecin appelé en consultation, ou ayant donné des soins concurremment avec le confrère traitant, peut-il délivrer un certificat établissant la nature de la maladie qu'il a soignée et décrivant le traitement qu'elle a exigé?

Première question. — L'article 2.101 du Code civil qui énumère les privilèges généraux sur les meubles, place au nombre des créances privilégiées « les frais quelconques de dernière maladie ». Pour combler une évidente lacune, la loi du 30 novembre 1892 a ajouté au texte de l'article 2.101 ces mots « qu'elle qu'en ait été la terminaison ». Il s'en suit qu'en cas de faillite comme en cas de décès, les frais de dernière maladie et par conséquent les honoraires médicaux sont privilégiés. Mais que faut-il entendre par ces mots « dernière maladie »? La question s'est déjà posée devant vous et vous avez été appelés assez récemment à donner de la dernière maladie une définition scientifique et rationnelle. On doit entendre *par*

dernière maladie non pas un état morbide dont l'aggravation ou le développement ont ultérieurement entraîné la crise finale, mais seulement la période terminale de cet état, celle qui ne comporte aucune rémission sérieuse et durable du mal, mais qui doit amener nécessairement la mort à bref délai. Appliquons cette définition à l'espèce qui vous est soumise. Le médecin a réclamé, vous dit-on, le privilège pour les deux années qui ont précédé l'arrestation (1894-1895). Or, en 1895, il y a eu une interruption d'un mois dans les visites. Admettons même, qu'en ce mois, le malade ait été faire une cure à Vichy et que cette cure ait été nécessitée par la même maladie primitivement soignée. Il ne s'en suit pas moins que la période ultime de cette affection, la seule pour laquelle il existe une créance privilégiée est celle qui s'est écoulée du mois de septembre 1895, date à laquelle le malade est revenu des eaux jusqu'au mois de novembre, date de son arrestation.

Deuxième question. — En ce qui concerne le secret professionnel, l'article 378 du Code pénal punit la révélation du secret « hors les cas où la loi oblige à se porter dénonciateur ». La prohibition est nette et formelle. Elle est impérative et absolue, et nul intérêt particulier, nul intérêt général même, si respectable soit-il, ne saurait équivaloir aux cas où la loi exige la dénonciation. Il ne saurait être douteux qu'ici l'intérêt particulier du médecin traitant est seul en cause. Nous estimons donc, répondant aux questions qui nous sont posées. 1° Que le privilège des honoraires médicaux doit être restreint à la période comprise entre les mois de septembre et novembre 1895; 2° et que les médecins ne peuvent donner quelque renseignement que ce soit ni sur la nature de la maladie du sieur Z., ni sur le caractère du traitement auquel il a été soumis.

M. Laugier. — La solution proposée me paraît inadmissible, car il est évident que la maladie n'était pas terminée, le malade étant allé faire une cure à Vichy.

M. Constant. — La solution me paraîtrait admissible dans l'espèce, mais nous ne pouvons nous substituer au tribunal en jugeant l'espèce.

M. Bordas. — Est-ce son médecin qui l'a envoyé à Vichy? Dans ce cas ce déplacement doit être considéré comme un traitement.

M Constant. — La Société a défini ces mots « *dernière maladie* ».

Il propose de publier le rapport de M. Decori pour le jugement à intervenir et de continuer la discussion. Adopté.

De l'intervention chirurgicale chez les aliénés envisagée au point de vue légal.

M. Leredu. — La Société de Médecine légale a chargé une commission d'examiner une intéressante question qui lui était posée par M, le Dr Picqué et qu'avant lui, M. le Dr Briand avait aussi soulevée : *Un chirurgien est-il en droit de tenter une opération chirurgicale sur un aliéné sans l'assentiment de la famille.* Les circonstances dans lesquelles un chirurgien d'asile aura à intervenir sont multiples. L'intervention chirurgicale entre dans la thérapeutique des aliénés et M. Picqué a pu dire appuyé en cela par M. Briand « que l'on pouvait songer dans quelques cas particuliers et sous certaines réserves à instituer le traitement chirurgical de certaines formes d'aliénation mentale ». Lorsque vous êtes en présence d'un individu, pouvant manifester sa volonté, celui-ci a le droit de se refuser à l'opération qui lui est proposée. Et ce droit reste entier et sans appel dans tous les cas.

Que faire, s'il s'agit d'un aliéné? Celui-ci ne peut manifester sa volonté, car s'il la manifestait, elle serait sans valeur. A qui donc demander l'autorisation d'intervenir chirurgicalement? A la famille, sans aucun doute, et sans se préoccuper de l'origine de placement de l'aliéné. Mais cette famille peut refuser son assentiment, soit qu'elle partage cette appréhension si commune de l'intervention chirurgicale, soit que par les calculs les plus bas, elle espère par son refus se débarrasser de son malade. Les médecins et chirurgiens d'asile peuvent-ils rester impuissants et désarmés devant ces refus des parents. L'asile ne doit-il donc être qu'une « garderie »? N'est-ce pas une maison de soins? N'est-il pas un lieu de guérison?

La législation actuelle sur le régime des aliénés ne peut nous donner une solution. Nous acceptons les cas urgents où l'action chirurgicale ne peut être différée. Là le chirurgien ne relève que de sa conscience. Mais si la solution du problème nous est refusée par la législation en vigueur, le législateur d'à-présent peut nous la donner facilement. Les commissions parlementaires et extra-parlementaires, les sociétés scientifiques ont étudié et étudient la réforme de la Loi du 30 juin 1838. C'est donc au législateur de demain qu'il nous faut demander la réponse à la question. Il pourrait la résoudre par une disposition législative qui pourrait être conçue en ces termes : « Lorsque les médecins traitant seront d'avis qu'il y a lieu à intervention chirurgicale chez une personne placée dans un asile d'aliénés, ils devront en demander l'autorisation à la famille. En cas de refus d'autorisation, le directeur de l'asile en informera immédiatement le Procureur de la République. Celui-ci saisira le tribunal, qui statuera d'urgence, en chambre du conseil, après avoir fait procéder, s'il le juge à propos, à une expertise médicale, sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale. »

Jusque-là, sauf dans les cas d'urgence, le chirurgien ne peut pas s'affranchir de la demande d'autorisation à la famille, il ne peut pas passer outre à la volonté exprimée par celle-ci.

M. Picqué. — Je remercie M. Leredu d'avoir aussi nettement résolu la question soulevée par M. Briand et qui préoccupe à un juste titre les médecins aliénistes et les chirurgiens.

Aux Etats-Unis, cette question de l'intervention chirurgicale chez les aliénés est résolue de la façon suivante : Pour les aliénés lucides, on les laisse libres d'accepter ou de refuser l'opération. Pour les autres on passe outre, avec l'assentiment de la famille. Cette pratique a pour résultat de faire considérer comme non lucide tout aliéné qui refuse l'intervention des chirurgiens.

En ce qui concerne la famille, où commence-t-elle et où finit-elle? Elle est souvent représentée par le concierge de l'aliéné qui a fait le placement. Est-ce de lui qu'il faudra predre l'avis? J'ai fait dans un asile d'aliénés la statistique des réponses reçues des familles au sujet d'intervention chirurgicale. Sur 20 demandes d'autorisation il n'a été reçu qu'une réponse; 19 familles étaient restées indifférentes. En ce qui me concerne, même si l'aliéné y consent, je ne pratique sur lui aucune opération sans être couvert par une autorisation de sa famille, sauf dans les cas d'urgence absolue. Celle-ci ne comporte que 3 cas. Suffocation avec menace d'asphyxie, étranglement herniaire, hémorragies artérielles. Il y a longtemps que les asiles ne sont plus des garderies et fonctionnent comme de véritables hôpitaux de traitement. Leurs pensionnaires ont donc droit aux mêmes soins chirurgicaux que les hospitalisés ordinaires; des familles souvent intéressées ne devraient pas avoir le droit de les leur refuser. La solution de M. Leredu me paraît acceptable.

M. Vallon. — Les scrupules de M. Picqué me paraissent exagérés. Je comprends qu'il n'intervienne pas quand la famille oppose son *veto*, mais quand elle ne répond pas, pourquoi considérer son silence comme un refus, plutôt que comme un assentiment?

M. Leredu. — Comment trancher la question quand il y a divergence parmi les membres de la famille?

M. Vallon. — En s'adressant au conseil de famille.

M. Constant. — Le médecin n'a pas qualité pour le convoquer.

M. Picqué. — L'aliéné est un mineur qui n'a pas qualité pour donner un avis acceptable. Si donc vous opérez sans avoir une autorisation écrite de la famille, qui est souvent elle-même plus ou moins bien équilibrée, vous vous exposez à la voir récriminer dans les journaux, qui ne tarderont pas à dire que les chirurgiens font des exercices de médecine opératoire sur les aliénés.

M. Jacomy. — Je crois que si la famille régulièrement mise en état de donner son avis ne répond pas, on peut considérer qu'elle ne s'oppose pas à l'intervention et que, par conséquent, elle y souscrit. C'est à sa conscience que le chirurgien doit s'adresser. Je crois, d'autre part, qu'il ne faudrait faire intervenir le conseil de famille et la justice que s'il y a conflit entre les membres de la famille.

M. Leredu. — La commission est en effet de cet avis, de ne

faire agir le Procureur de la République pour solliciter son jugement qu'en cas de conflit.

M. Picqué. — Quelle conduite tenir en face de 19 familles sur 20 qui restent indifférentes.

M. Vallon. — Souvent la famille est constituée par des parents éloignés qui ne connaissent même pas l'aliéné. D'ailleurs lorsqu'il s'agit de faire suivre un traitement à l'aliéné, est-ce que le médecin ne l'oblige pas à s'y soumettre et cela sans consulter la famille. Si celle-ci se compose de parents rapprochés qui refusent l'opération jugée nécessaire, faites intervenir le tribunal, mais dans les autres cas, considérez son silence comme une acceptation.

M. Bordas. — Surtout si vous l'avez consultée par lettre recommandée.

M. Lefuel. — Je fais observer que comme il s'agit d'un jugement rendu en Chambre du Conseil, il sera susceptible d'appel, et que par conséquent le patient peut-être mort quand l'appel aura été jugé.

M. Jacomy. — Je crois qu'il vaudrait mieux considérer l'intervention du tribuual comme une ordonnance non susceptible d'appel.

M. Leredu accepte cette conclusion.

M. Constant. — Il faudrait aussi limiter le degré de parentó aux conjoints, descendants, ascendants et collatéraux au premier degré, ainsi qu'à la personne qui a fait le placement.

M. Rriand. — Je crois que cette dernière, si elle ne figure pas dans l'énumération limitative de la parenté, doit être exclue, parce que dans les cas urgents les aliénés qui souvent fuient leur famille, sont parfois placés par des personnes qui leur sont relativement inconnues et qu'il n'y a pas lieu d'initier davantage aux infirmités du malade.

M. Leredu. — Je crois que tous ces détails de procédure peuvent maintenant être étudiés par la Chambre quand elle discutera la nouvelle loi sur le régime des aliénés.

M. Constant propose d'envoyer le rapport de M. Leredu à M. Dubief, rapporteur de la Réforme de la loi de 1838, en y joignant le procès-verbal de la séance. Adopté.

Etections

M. le Pr Brouardel a été élu président pour l'année 1900 à l'unanimité des membres présents. G. Carrier.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance de décembre

Coup de revolver de la région temporale; section du nerf optique et rupture de la choroïde.

M. Masselon. — Présentation d'un jeune homme de vingt ans qui il y a deux ans se tira à la tempe gauche un coup de revolver. Il y eu perte complète de la vision de ce côté, et diminution de la vue de l'œil droit. A la suite de l'introduction d'un stylet dans le trajet de la plaie, l'affaiblissement de la vue fut encore plus marquée. Dans l'œil gauche il existe une atrophie de la pupille avec conservation des vaisseaux. Au-dessus on constate une trainée cicatricielle due à une rupture de la choroïde. Les mouvements de l'œil sont normaux. M. Masselon présente une épreuve radiographique où l'on voit très bien la balle logée dans le sinus sphénoïdal.

M. Jocqs. — Dans les cas que j'ai cités dans les précédentes séances, il y avait eu des sections nerveuses et musculaires, et une hémorragie rétro-bulbaire chez un malade. Ici, le nerf optique a du être atteint dans le canal optique.

M. Koenig. — En projetant une vive lumière sur l'œil aveugle on voit néanmoins réagir un peu et par instants la pupille de l'autre œil. Si le nerf optique a été sectionné complètement, il est difficile d'expliquer ce phénomène, d'ailleurs en regardant de près l'atrophie n'est pas absolue. Peut-être peut-on supposer que quelques fibres ont échappé à l'action de la balle, ou qu'il y a eu réparation partielle.

Accident syphilitique de la paupière simutant une conjonctivite pseudo-membraneuse chez un enfant de 8 mois.

M. Sulzer. — Il s'agit d'un chancre induré de la conjonctive tarsienne supérieure gauche et d'un chancre de la face cutanée. Au début l'aspect était celui d'une conjonctivite pseudo-membraneuse. Il y avait une membrane qui se détachait facilement de la muqueuse légèrement saignante. La peau de la paupière fut ainsi enlevée par cette fausse membrane. L'examen bactériologique et les cultures étaient restés négatifs. Bientôt les ganglions préauriculaires furent engorgés. Chez la mère on reconnut l'existence de syphilides pharyngées qui avaient succédé à un chancre pharyngé sans autre manifestation. C'est le chancre de l'enfant qui fit reconnaitre la syphilis chez la mère.

Déformation des deux cornées ayant produit un très fort astigmatisme.

M. Rouchon-Duvigneaud. — (Rapport sur un travail de M. Terrien). — Chez un homme de 45 ans la vue avait baissé graduellement sans douleur ni rougeur des yeux. La moitié supérieure des cornées s'était fortement bombée, en rostant transparente et était encadrée par une strie blanchâtre qui faisait croire à une ulcération. Cette déformation avait produit un astigmatisme pour l'œil droit = mer. vert. + 3 D : mer. Horiz. — 8 D N = 1/50. Pour l'œil gauche : mer. V. — 1 D. mer. H 1/50 D V = 6/10. Grâce à des pointes de feu répétées autour de la cornée, la vue s'améliora considérablement pour l'œil droit surtout. Pour l'œil gauche pas d'amélioration sensible.

Dilatation kystique des sinus frontaux.

M. Valude. — Chez une femme de 49 ans il s'était produit deux ans auparavant une petite grosseur au-dessus du sac lacrymal droit. Tous les os de la racine du nez s'étaient élargis, ainsi que la bosse frontale médiane et les deux arcades orbitaires plus tard, la tumeur orbitaire grandit, il se produisit de l'exophtalmie et de la diplopie. La tumeur était arrondie, mollasse, non réductible. Pensant à un empyème du sinus frontal, M. Valude fit une ponction exploratrice qui donna issue à un liquide celloïde, jaune clair, transparent qui se coagula rapidement dans la seringue ; il se produisit une certaine quantité de fibrine : nombreux globules sanguins. De l'autre côté, en un point symétrique du rebord orbitaire supéro-interne, légère douleur à la pression. Opération : Incision de la tumeur et curetage du sinus droit. La curette pénètre aussi dans le sinus gauche. Drainage du sinus et guérison. Il y a eu récidive à gauche. Comme dans l'empyème du sinus il se produit une tumeur fluctuante à l'angle supéro-interne de l'orbite, la maladie procède sourdement, pas d'écoulement nasal. On constate l'hypertrophie et l'élargissement des os de la partie supérieure de la face. L'auteur adopte le curetage simple suivi d'occlusion de la plaie ou la position d'un drain passant par le canal fronto-nasal qui permet des lavages.

M. Galezowski pense que ces cas peuvent êtro mis sur le compte de l'athérome, de la goutte, ou de la syphilis, et qu'il y a lieu de prescrire des frictions mercurielles. Plusieurs membres de la Société font observer à M. Valude qu'il aurait dû pour le diagnostic recourir à l'éclairage électrique des sinus ou à la radioscopie qui doivent toujours donner une différence avec l'état normal. M. Valude répond que l'examen des sinus par la radiosoopie ou par l'éclairage électrique n'a pas été fait parce que des spécialistes consultés à ce sujet ont affirmé qu'il ne donne aucune indication particulière dans les cas de kystes de ces sinus.

Exophtalmie après opération de cataracte.

M. Chevallereau. — Le quatrième jour après l'opération de la cataracte chez une femme de 70 ans la malade se plaignit d'une forte douleur sans cause connue. On enleva le bandeau et on constata que l'œil était enfoncé dans l'orbite et qu'il y avait tous les symptômes de l'ophtalmomalacie essentielle. Le douzième jour, la cicatrisation de la plaie s'était refaite et l'œil est redevenu normal. L'auteur pense à un trouble du côté du sympathique. A propos de la communication précédente de M. Vacher sur l'opération de la cataracte par le *procédé à tambeau conjonctival.*

M. Terson fait observer que le procédé à pont de Desmarres n'était point déjà de son temps une nouveauté, Alexander, chirurgien de l'infirmerie royale ophtalmique de Londres, opérait toujours seul, sans aides, en faisant un lambeau supé-

rieur dont il conservait une bride; puis après kystitomie, il coupait cette bride avec un petit couteau mousse.

M. Jocqs qui dans la dernière séance a cité un cas de *lésions consécutives à une affection du trijumeau* (ulcération, photophobie, douleurs de tête) informe la société que son malade a été guéri à la suite de l'avulsion de deux molaires très légèrement atteintes de carie. Cependant il attribue une part de cette guérison à l'électrisation avec sept milliampères des points de muqueuse des filets de la Ve paire.

Edmond Koenig.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Rédacteur spécial: M. le Dr Ramond.

I. — Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales; par P. Viollet. (Th. de Paris, 1899.)

I. — On a beaucoup discuté sur les propriétés bactéricides du mucus nasal. MM. Würtz et Lermoyez, en 1893, montrèrent que la bactérie charbonneuse se cultivait difficilement dans ce mucus; et ces conclusions furent admises, et même généralisées à d'autres microbes, par Piaget, Thomson, Hewlett, etc. Mais les recherches ultérieures d'autres auteurs, et notamment de Park et Wright, Fermi, etc., sont en contradiction absolue avec les premières constatations de Würtz et Lermoyez. D'après Viollet, le mucus normal ou pathologique, dépouillé de ses éléments figurés, n'est pas bactéricide pour les espèces microbiennes pathogènes vulgaires; ce sont les leucocytes de ce mucus, très abondants et vivaces, qui semblent être les seuls agents actifs de la défense de l'organisme contre l'infection au niveau des fosses nasales. On les trouve normalement, en effet, remplis de poussières venues de l'extérieur, et même de microbes. Expérimentalement il est facile de démontrer l'affinité de ces cellules pour des poussières, telles que des grains de carmin, ou des microbes, tels que le pneumo-bacille et le streptocoque.

Ces propriétés des leucocytes expliquent la disparition rapide des poussières et des germes infectieux apportés à chaque instant par l'air inspiré dans les fosses nasales, poussières et germes que, ni le mucus, ni les cils vibratiles ne suffisent à détruire ou à chasser mécaniquement.

II. — Les Arthrites à Pneumocoques; par L. Leroux. (1 vol., 140 pages. Paris, 1899.)

II. — Depuis les premiers faits de Chomel, Fournet, Andral, qui signalèrent la coïncidence du « rhumatisme » et de la péripneumonie, les observations d'arthrites à pneumocoques se sont multipliées. On en trouvera la nomenclature dans le travail de M. Leroux.

Ces arthrites surviennent le plus souvent pendant ou après la pneumonie, ou en dehors de toute manifestation pulmonaire. L'épanchement, rarement séreux, est le plus souvent purulent: l'arthrite est d'ordinaire unique et siège de préférence au membre supérieur; elle évolue d'une manière aiguë ou subaiguë; le pronostic de l'arthrite primitive est moins grave que celui de l'arthrite secondaire à une localisation pneumococcique quelconque. Dans ce cas, en effet, l'inflammation de la jointure indique l'existence d'une septicémie à pneumocoques, entraînant le plus souvent avec elle d'autres localisations infectieuses, notamment du côté des méninges et de l'endocarde. Ce qui explique l'insuccès fréquent de l'intervention chirurgicale.

III. — Ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique; par R. Massalongo. (Rome, 1897.)

III. — On sait que depuis P. Marie (1890), on distingue de l'acromégalie un syndrome morbide, caractérisé par l'hypertrophie plus ou moins considérable des extrémités osseuses, avec participation des articulations correspondantes. C'est une affection de même nature que le doigt hippocratique; elle serait une conséquence d'une maladie chronique de la plèvre ou du poumon.

Cette conception pathogénique mérite d'être élargie; car l'ostéo-arthropathie hypertrophique de Marie se rencontre dans d'autres états morbides, sans lésions pleuro-pulmonaires. La participation des jointures au processus en question, la fréquence des antécédents arthitriques des malades, la possibilité d'une coïncidence de rhumatisme vrai et surtout infectieux plaident en faveur du rôle considérable joué par la diathèse arthritique; et peut-être même en faveur d'une localisation secondaire de microbes au niveau des extrémités, s'il s'agit d'un individu atteint antérieurement de rhumatisme infectieux. La systématisation et la symétrie de cette ostéo-arthropathie montrent également la participation du système nerveux. Enfin, dans quelques observations, la syphilis semble avoir été en cause. De sorte que l'affection, au dire de l'auteur, mérite plutôt le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophique secondaire.

IV. — De la fréquence des manifestations dans la grippe-influenza; par M. Vidal (d'Hyères), correspondant national de l'Académie de Médecine.

IV. — Nous avons remarqué, il y a bien longtemps, la fréquence des manifestations herpétiques dans la grippe-influenza, fréquence qui n'a été signalée nulle part, et si nous nous décidons à faire cette communication à l'Académie, c'est que nous espérons que nos observations serviront peut-être à éclaircir le mystère dont s'est entourée, jusqu'ici, cette singulière maladie. Nos premières observations datent de plus de dix ans, de l'hiver de 1887 à 1888, époque à laquelle l'influenza fit sa première apparition à Hyères et à l'hôpital Renée-Sabran. Nous avons alors noté, dans un grand nombre de cas, l'apparition sur la peau de ces plaques rosées plus ou moins confluentes qui ont été vues par tous les médecins, et, sur la muqueuse du voile du palais ainsi que de la base des piliers, d'une éruption caractéristique dont nous avons, les premiers, signalé la présence presque constante dans la séance du 10 novembre 1890, de la Société nationale de Médecine de Lyon, et dont on trouvera la description succincte dans le compte rendu de cette séance.

Nous fûmes, en outre, frappé, dès cette époque, par la coïncidence d'une éruption, soit du zona, soit de l'herpès ordinaire, chez quelques-uns de nos malades atteints d'influenza.

Notre attention fut, en outre, très particulièrement attirée sur le cas de l'une de nos hospitalières chez laquelle l'influenza prit, dès le début, la forme cérébrale et se manifesta par des symptômes mitigés de méningite.

L'intelligence était obscurcie, la prostration absolue, le bruit et la lumière également redoutés; il y eut aussi quelques vomissements, mais la malade se plaignait, surtout, d'une douleur persistante et intolérable siégeant dans les régions frontales et auriculo-pharyngienne gauche.

Cette douleur qui nous parut, à cette époque, ressembler à celle provoquée par le zona et, à laquelle nous attribuâmes dans notre pensée cette étiologie, persista longtemps après la guérison et revint, deux années de suite, occuper la même région.

Nous avons continué, depuis lors, à examiner de très près nos malades atteints dans le cours de petites épidémies de grippe que nous avons subies, et nous avons remarqué que les taches cutanées sont devenues plus rares, que l'éruption intense qui produit l'horripilation de la muqueuse du voile du palais et des piliers persiste, mais s'atténue, et que des manifestations herpétiques se produisent du quatrième au cinquième jour chez bon nombre des malades atteints de la grippe-influenza.

Dans les cas légers, ces herpès sont souvent visibles; ils occupent, soit la peau, choisissant de préférence les pourtours des différents orifices : ailes du nez, conduit auditif externe, paupière, prépuce, etc., etc., mais sans prédominance de la forme labiale, soit les muqueuses, se rapprochant, là aussi, des orifices des divers canaux, qu'ils entourent, sans pénétrer habituellement dans l'organisme. Partout où le regard peut se porter, nous avons relevé des vésicules d'herpès chez des malades atteints de grippe légère; nous croyons même en avoir aperçu, au moyen du laryngoscope, sur les cordes vocales d'un jeune homme atteint d'une toux convulsive et irréductible dans le genre de celles, si nombreuses, que nous avons soignées l'année dernière et qui paraissaient provoquées par une irritation de la glotte et de la trachée.

C'est à ces cas légers que nous devrons rattacher une très intéressante observation de M. Galezowski, signalant tout dernièrement des manifestations oculaires grippales (telles sont ses expressions) et décrivant des ulcérations herpétiques sur la cornée, le cul-de-sal lacrymal, etc.

Nous ne devons pas oublier non plus les cas très nombreux d'angines herpétiques observés cet hiver par le service médical de la Méditerranée sur des matelots atteints de grippe.

Dans ces cas légers, comme dans les cas plus graves, les récidives ne sont pas rares, et une nouvelle poussée d'herpès peut apparaître sur un autre point, au moment où l'on croit la crise terminée.

C'est ce qui est arrivé tout récemment à l'un de nos malades, employé de la Compagnie du P.-L.-M., qui a subi une première attaque de grippe avec éruption herpétique sur le pourtour de la narine droite, qui a repris son service après huit jours d'interruption, et qui a rechuté au bout de cinq jours avec des vésicules d'herpès dans le conduit auditif externe du même côté.

La présence de l'herpès peut encore être assez facilement établie dans les cas plus sérieux d'influenza, où il s'étend et se localise dans le conduit lacrymo-nasal, dans la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne, la muqueuse des cornets, des sinus frontaux, ethmoïdaux, etc., où il provoque, après quelques jours de souffrances intolérables, la sécrétion d'un abondant liquide de dégorgement, *véritable jetage* poisseux qui passe par toutes les phases des expectorations de la pneumonie, auxquelles il peut être comparé.

Fait digne de remarque : nous n'avons jamais observé dans ces cas d'herpès internes ou externes l'infection des ganglions cervicaux ou autres.

Ces malades, porteurs de ces diverses éruptions herpétiques que nous venons de signaler, étaient-ils bien atteints de grippe-influenza ?

Oui, sans aucun doute, puisque les vésicules de l'herpès ne se montraient que du quatrième au cinquième jour, tandis qu'ils avaient tous, dès le début, le signe caractéristique de l'influenza, signe qui permet d'établir presque toujours avec précision le diagnostic de cette maladie; nous voulons parler de ce regard vide et profondément atone de la bête aux abois, qui nous prouve combien, même dans les cas légers, la vitalité est profondément atteinte et qui nous commande de nous montrer toujours très réservés dans nos pronostics.

Ce regard constitue donc, d'après nous, le signe de famille de la grippe-influenza.

Ici s'arrêtent nos observations directes sur la présence des manifestations herpétiques dans la grippe-influenza; nous avouons que nous aurions bien voulu généraliser et nous demander, maintenant que nous avons vu l'herpès localisé en *cours de grippe* sur la peau et sur quelques portions de la muqueuse quel rôle l'herpès peut jouer dans les parties profondes du corps humain; nous aurions aussi voulu nous demander sous quelle forme l'effet infectieux grippal se traduit sur des organes aussi importants que le cerveau, le poumon, le cœur, le rein, etc , mais nous préférons pour le moment laisser mûrir cette question en nous réservant de la reprendre plus tard s'il y a lieu.

Nous nous bornerons donc : 1° à signaler la fréquence des éruptions dans la grippe-influenza ; 2° à demander si cette fréquence a été observée dans d'autres localités que la nôtre; et dans ce dernier cas, devrons-nous considérer cette fréquence comme une coïncidence fortuite, ou bien comme le signe certain soit d'une accommodation sur la race, soit d'une acclimatation de l'influenza?

La rareté de plus en plus grande de la poussée des plaques rosées sur la peau nous donnerait presque le droit de l'affirmer.

Nous terminerons cette communication par une très instructive observation qui prouve la ténacité des manifestations herpétiques grippales chez certaines personnes dont l'organisme a subi une première infection.

M. X..., âgé de 30 ans d'un tempérament arthritique mais qui n'a jamais eu d'herpès, est sujet depuis son adolescence à des fréquentes crises de névralgie sus-orbitaire du côté gauche, qu'il a toujours combattues victorieusement depuis plusieurs années en prenant des cachets de 0 gr. 50 d'antipyrine.

M. X..., qui habite Paris, n'avait jamais rien éprouvé d'anormal à la suite de l'injestion des cachets d'antipyrine, quand, il y a deux ans, il fut atteint d'influenza et il eut en même temps un herpès sur le front *à gauche*, du *même côté* que *ses névralgies habituelles*.

Depuis cette époque, M. X... ne peut plus absorber la dose la plus infinitésimale d'antipyrine, pure ou associée à d'autres médicaments, sans provoquer l'apparition, presque instantanée, d'une *éruption herpétique* sur le *front à gauche* avec œdème de la face et en même temps d'une couronne d'herpès sur le prépuce, avec vives démangeaisons et œdème de tout le fourreau de la verge.

Nous avons assisté ce printemps à Hyères à la preuve de cette singulière action de l'antipyrine provoquée chez cette victime de la grippe par un cachet composé de :

Antipyrine	0 gr. 075	milligr.
Bromhydrate de quinine . .	0 gr. 075	—
Extrait d'opium	0 gr. 005	—

Nous répétons ordinairement, dans l'influenza, cette dose de quatre heures en quatre heures, mais nous n'avons pas osé continuer ce traitement chez M. X...,parce que l'effet habituel de l'antipyrine annoncée par lui s'est produit, sous nos yeux, en moins de trente minutes et qu'il a persisté pendant trois jours.

PRATIQUE MÉDICALE

Mise au point de la question du vésicatoire.

Malgré son incontestable valeur thérapeutique, le vésicatoire a contre lui quelques adversaires, L'un d'eux, parmi les plus éminents, donne ainsi de son opinion la raison suivante, qui est certainement celle de presque tous : « Je suis, dit-il, adversaire du vésicatoire, parce qu'il n'est en aucun cas semblable à lui-même; la provenance de la cantharide, l'âge de l'emplâtre, les conditions de sa fabrication, en font varier la teneur en agent actif; la durée de l'application expose le patient à beaucoup d'inconvénients, dont le moindre est le défaut d'action. J'ajoute que mes raisons sont nécessairement contingentes et qu'un vésicatoire à cantharides bien dosées, fraîchement préparé, appliqué quelques heures seulement sur la peau préalablement nettoyée, puis pansé aseptiquement, trouve grâce devant mes yeux.» Il est évident, d'autre part, que le vésicatoire doit être appliqué d'une façon judicieuse, en tenant compte de l'intégrité des organes ou fonctions urinaires, de l'âge et de l'état du malade.

M. Ferrand a rappelé que la cantharide est un agent toni-vasculaire et un antitoxique de premier ordre ; « elle crée, dit-il, une néo-formation de cellules lymphatiques; elle provoque la levée en masse d'une nouvelle armée phagocytaire, en même temps que l'accroissement du pouvoir bactéricide des humeurs. » Ajoutons qu'elle réveille la tonicité nerveuse, suractive l'hématose et met ainsi l'organisme en état de défense contre ses ennemis.

Tout n'a pas été dit cependant sur ce chapitre et M. Huchard, en refaisant, depuis l'origine la plus reculée, l'historique du vésicatoire, eût pu toucher un point intéressant de son histoire, celui de sa préparation. Peut-être eût-il découvert là une des principales causes des méfaits qu'il reproche à la médication plus qu'au médicament et dévoilé du même coup le mal et le remède.

Quelle est, en effet, la première loi que pose M. Huchard relativement à l'usage du vésicatoire? « Chez un adulte, dit-il, il ne sera pas appliqué plus de six à huit heures; chez un enfant, plus de deux à trois heures. » Eh bien, ce n'est pas au vésicatoire d'Asclépiade ou de Sydenham, ni même au vésicatoire dit au pouce de l'actuelle pharmacopée, qu'il faut demander une telle précision; celle-ci ne peut être obtenue qu'avec un emplâtre d'action sûre et prompte, qui lui-même ne présentera ces qualités qu'à la condition formelle d'avoir été préparé avec des cantharides récentes, triées, titrées, mélangées à la masse emplastique par des procédés mécaniques



BAINS
TURCO-ROMAINS et RUSSES
3 fr. 25 avec Massage.
2 fr. 25 sans Massage.
LE BALNEUM
BUFFET
Salon de Coiffure
et Pédicure
ESCRIME
GARAGE
TÉLÉPHONE
16bis Rue Cadet
HYDROTHÉRAPIE

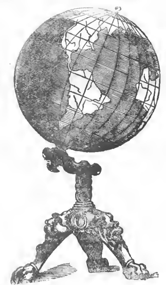
PRIMES A NOS LECTEURS

Les fabricants, fournisseurs des Ecoles des villes de Paris, Londres, etc., viennent de traiter avec nous pour offrir à nos lecteurs à l'occasion des Etrennes, une magnifique Sphère terrestre d'un mètre de circonférence, bien à jour des dernières découvertes, et montée sur un pied en métal, richement ornementé.

Ce merveilleux Objet d'art qui doit être le plus bel ornement du Salon ou du Cabinet d'études, aussi utile à l'homme du monde qu'à l'adolescent, et d'une valeur commerciale supérieure à 30 francs, sera fourni *franco de port et d'emballage* dans toute la France, la Suisse, la Belgique, le Luxembourg et l'Allemagne, au prix de 15 francs.

Adresser Mandats et Commandes à nos bureaux.





1 Mètre de circonférence.



Avis à nos Abonnés, aux Libraires et aux Auteurs.

Tout ce qui concerne la RÉDACTION *(manuscrits, volumes, journaux) doit être adressé au rédacteur en chef,* M. BOURNEVILLE; *tout ce qui concerne l'*ADMINISTRATION *(abonnements, mandats, chèques, valeurs, changements d'adresse, librairie, annonces) doit être adressé à* M. AIMÉ ROUZAUD.

qui, seuls, assurent l'homogénéité du mélange et devront être également employés pour sparadraper celui-ci en couches régulières.

L'emplâtre préparé simplement avec la poudre de cantharide du commerce ne peut offrir ces garanties absolues, les cantharides étant toujours mélangées d'impuretés et de corps étrangers (mouches anciennes, avariées, inactives, terre, déchets de toutes sortes), récoltés avec elles ou ajoutés par fraude. La fabrication du vésicatoire parfait exige rigoureusement que celui qui le prépare fasse lui-même : 1° l'achat des cantharides directement au pays d'origine et au moment de la récolte; 2° le triage méticuleux des mouches; 3° le titrage analytique de la cantharidine; 4° la pulvérisation soigneuse des cantharides; 5° le mélange homogène de la poudre à la masse emplastique, à une température déterminée; 6° le sparadrapage normal de l'emplâtre. Ces deux dernières opérations ne peuvent être faites uniformément qu'à l'aide de machines spéciales : on évite d'ailleurs ainsi la manipulation peu aseptique de l'emplâtre vésicant fait à la main.

La réalisation de toutes ces conditions nécessite une production importante, des instruments d'analyse et un outillage coûteux, que ne permettent pas les ressources d'une simple officine. Le perfectionnement de la préparation du vésicatoire fut l'œuvre, en 1823, de F. Le Perdriel, qui créa et introduisit le premier dans la thérapeutique la Toile Vésicante rouge qui porte son nom et est universellement connue et appréciée aujourd'hui de tout le corps médical.

Par son action rapide et sûre, due au dosage exact et constant du principe actif, obtenu par la mise en pratique, dans toute leur rigueur, de chacune des lois de fabrication établies ci-dessus, cette toile vésicante, préparée aseptiquement, avec des matières premières de choix, met à l'abri de tous les accidents reprochés aux vésicatoires ordinaires, d'activité incertaine et lente, préparés souvent avec des cantharides de Chine ou de Madagascar, à bas prix et à bas titre.

Il est aisé en effet, de comprendre que la durée d'application d'un vésicatoire, nécessitée par son inactivité, favorise l'absorption de la cantharidine par les tissus et l'économie, ce qu'évite l'effet prompt et régulier de la toile vésicante normalement préparée. La Toile Vésicante Le Perdriel, vésicatoire type, irréprochable et toujours identique, répond victorieusement à toutes les objections des adversaires de la révulsion cantharidienne : elle est entre les mains du médecin qui l'ordonne l'arme de précision que doit être le vésicatoire.

G. LINAS.

VARIA

Réunions du groupe médical du Parlement.

Jeudi le 14 décembre, au Palais-Bourbon, sous la présidence de M. Cornil sénateur, s'est réuni le groupe des médecins du Parlement pour recevoir les délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France et du Syndicat des médecins de la Seine, M. Jamin, président du Syndicat de la Seine et M. J. Noir, secrétaire général de l'Union.

M. NOIR, après avoir remercié le groupe médical a exposé la première question que les Syndicats désirent soumettre au groupe qui était celle de la *revision de l'article 13 de la loi sur l'exercice de la Médecine.*

Cet article 13 est ainsi conçu :

Art. 13. — A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, jouiront du droit de se constituer en Associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, *à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.*

M. Noir désire que, lors de la discussion du nouveau projet de loi sur les Syndicats professionnels, le groupe médical prenne l'initiative du dépôt d'un amendement tendant à faire rentrer les Syndicats médicaux dans le droit commun, en supprimant le dernier membre de phrase de l'article 13, et appelant ces derniers Syndicats à bénéficier de tous les avantages d'une nouvelle législation A l'appui de sa proposition, M. Noir fait remarquer que si les Syndicats médicaux pouvaient, au début, inspirer quelques craintes pour l'application de la loi sur l'assistance médicale, ces craintes ont été loin de se réaliser. Les Syndicats médicaux ont facilité l'application de la loi, fait reconnu officiellement dans les rapports de M. Monod au Ministre de l'Intérieur. Il est donc juste de leur donner les droits de tous les Syndicats professionnels.

M. le Président Cornil croit la demande des Syndicats médicaux équitable et pense que le groupe sera unanime à la défendre.

Un membre du groupe demande à M. Noir l'intérêt qu'auront les Syndicats à la modification de l'article 13. M. Noir répond qu'il y a tout d'abord une raison de dignité qui pousse les médecins syndiqués à demander la suppression de cette preuve de méfiance très imméritée. Il y a, en outre, des raisons pratiques. Les Syndicats médicaux, à l'heure actuelle, ne peuvent poursuivre, ni devant les Conseils de préfecture, ni devant le Conseil d'Etat, décisions administratives qui lient le corps médical.

Après discussion la majorité approuve la demande des Syndicats.

La seconde question soumise au groupe médical parlementaire a été celle des *conséquences actuelles de la loi sur les accidents du travail pour l'Assistance publique.*

M. Noir expose que les patrons responsables se déchargent des obligations de la loi en envoyant leurs ouvriers blessés à l'hôpital, ou en les faisant soigner par l'Assistance médicale gratuite. A Paris, par exemple, M. le Directeur de l'Assistance a ordonné aux médecins des hôpitaux de délivrer provisoirement des certificats constatant les accidents du travail. L'hôpital peut obliger le patron à payer les frais d'hospitalisation, mais le médecin se trouve toujours sacrifié. S'il est légitime d'exiger que le médecin de l'Assistance fasse des sacrifices en faveur des déshérités de la fortune, il est abusif de l'obliger à abandonner ses droits pour en faire bénéficier un patron riche ou une Société d'assurance millionnaire.

De plus, l'article 4 de la loi contre lequel les Syndicats médicaux ont depuis longtemps protesté, est injuste et dans certaines régions inapplicable, cet article est ainsi conçu :

Art. 4. — *Le chef d'industrie supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques* et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de 100 francs au maximum.

Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, *conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite.*

Le dernier paragraphe de l'article est injuste envers l'ouvrier, car ce dernier sait très bien que souvent le médecin qu'il désire, refusera de lui donner ses soins, sachant sur quel tarif seront calculés ses honoraires. Il est injuste envers le médecin, qui, s'il consent à faire bénéficier les communes, pour les soins aux indigents et nécessiteux, d'un tarif très réduit, n'a aucune raison de faire les mêmes réductions à des patrons et surtout à des Compagnies d'assurances souvent étrangères.

Le groupe médical, à ce sujet, est unanime. Plusieurs députés font remarquer qu'on pourrait demander à l'Administration un tarif spécial analogue à celui des Sociétés de secours mutuels. M. Noir rappelle que dans certaines régions le tarif existe et a été imposé aux Compagnies d'assurances par le corps médical, notamment dans la Gironde, grâce à l'autorité du Président de l'Union, M. Lande.

La troisième question a trait au *doctorat en pharmacie.*

M. Noir proteste contre toute pensée de jalousie à l'égard des pharmaciens; il ne voit aucun inconvénient à ce qu'ils multiplient les diplômes; cependant, le mot docteur est devenu dans le langage courant, synonyme de médecin et certains pharmaciens peu consciencieux, trop enclins à se livrer à l'exercice illégal, pourront, en faisant précéder leur nom du titre de docteur, se faire passer pour médecins et augmenter le nombre de leurs dupes. Une campagne active a été menée contre l'institution du doctorat en pharmacie, par le Syndicat

des Médecins du Rhône et presque tous les Syndicats médicaux ont protesté contre cet encouragement à l'exercice illégal de la médecine. M. Noir désirerait que le titre du nouveau diplôme fut modifié, ou bien qu'il fut interdit à toute autre personne que le médecin de faire précéder ou suivre son nom du titre de docteur sans spécifier le genre de doctorat dont elle est titulaire.

Tous les sénateurs et députés présents approuvent ce vœu et le groupe décide que son bureau sera chargé de faire une démarche auprès de M. le Ministre de l'Instruction publique pour obtenir satisfaction sur ce point.

L'Influence française au Canada.

M. Herbette, conseiller d'Etat, revient d'une mission dans le nord des Etats-Unis et le Canada et rapporte une excellente impression de l'accueil que lui ont fait les Canadiens d'origine française. Les Français du Canada au nombre de 65.000 sous Louis XV sont actuellement près de trois millions; ils ont conservé le langage, les mœurs, l'esprit de leur race et ont une affection sincère pour la France qu'ils appellent la mère-patrie, tout en étant d'un loyalisme absolu. M. Herbette regrette avec juste raison que les Français de France restent trop indifférents à l'égard de leurs frères du Canada. Il serait nécessaire que l'on resserrât les liens de consanguinité qui nous lient aux Canadiens et l'Exposition universelle se prête à une tentative de ce genre en permettant aux jeunes Français d'Outremer de venir visiter leur pays d'origine où il souhaiterait qu'ils reçussent l'accueil le plus cordial.

Nous ne saurions trop approuver le conseil de M. Herbette, le *Progrès Médical* a toujours dans la mesure de ses moyens recherché à nouer des relations avec le Canada soit en publiant annuellement dans son *Numéro des Etudiants* d'intéressants détails sur les Universités françaises de Québec et de Montréal, soit en s'intéressant aux médecins français du Canada et en annonçant et analysant leurs travaux. Il serait à souhaiter que l'exemple que nous donnons depuis de longues années fût suivi de la presse médicale française; ce serait une imitation dont nous serions flattés sans en être jaloux.

J. N.

Le nouveau service de Radiographie et d'Electrothérapie à l'hôpital Saint-Louis.

Le directeur de l'Assistance publique et le président du Conseil municipal ont inauguré ce matin, à l'hôpital Saint-Louis, un pavillon nouveau dans lequel vient d'être installé un service complet de radiographie et d'électrothérapie.

C'est sur l'initiative de M. et de Mme Brault, le père et la veuve d'un ancien externe de Saint-Louis, M. Alexandre Brault, que ce pavillon a été créé. M. Alexandre Brault avait jadis projeté de l'édifier lui-même; mais la mort le surprit à la fin de l'année dernière, avant qu'il eût pu donner suite à son projet. Sa famille l'a repris et, en souvenir du mort, a fait les frais de l'installation du nouveau service.

M. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique l'en a publiquement remerciée, ce matin, à la cérémonie d'inauguration, à laquelle assistaient, avec MM. Lucipia et Faillet, conseillers municipaux, les professeurs et médecins de l'hôpital Saint-Louis, le directeur, M. Oudot, et les élèves internes et externes de l'établissement. Il a félicité aussi, de l'activité qu'il a déployée pour l'installation des laboratoires, le docteur Gastou, ami personnel de Brault, et médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le secrétaire général de l'Assistance publique enfin a exprimé l'espoir que le Conseil municipal ne marchanderait pas les subsides nécessaires au fonctionnement des nouveaux laboratoires. M. Lucipia lui en a donné l'assurance, puis le professeur Fournier, médecin en chef de l'hôpital, a fait l'éloge d'Alexandre Brault, son ancien élève, et exposé sobrement quels services les malades et les étudiants pourront attendre du service de radiographie et d'électrothérapie. Enfin, le docteur Gastou a fait visiter à ses invités tous les détails du pavillon. Au rez-de-chaussée, il leur a montré les salles d'attente et d'examen des malades, et le laboratoire de micrographie; au premier étage, les salles d'électrothérapie, de photographie et de radiographie, enfin, dans un terrain attenant au pavillon, les cabanes dans lesquelles seront enfermés les animaux devant servir aux expériences. — Le nouveau service a commencé à fonctionner dès le lendemain. (*Le Temps*, du 19 décembre 1890.) — La presse médicale ne paraît pas avoir reçu d'invitation.

Hommage à Pasteur en Alsace-Lorraine

Le *Temps* du 14 décembre nous apprend qu'un comité vient de se former à Strasbourg à l'effet de placer un médaillon commémoratif sur la façade de la maison, rue des Veaux, 3, qu'habitait Louis Pasteur, en 1853, lorsqu'il était professeur à la faculté des sciences de l'université de Strasbourg Ce médaillon a été exécuté par M. Auguste Patay, sculpteur parisien, attaché à l'hotel des Monnaies. Il représente l'effigie du grand savant français, avec l'inscription suivante : « Pasteur, 1822-1895 ». Le comité est composé de Mlle Jeanne Kuhff, attachée à l'Institut Pasteur ; du Dr Jules Bœckel, chevalier de la Légion d'honneur, de M. Frtiz Kieffer, directeur de l'Imprimerie alsacienne, officier d'académie, Alfred Ritleng, notaire, chevalier de la Légion d'honneur,

Rappelons que le directeur de l'Imprimerie alsacienne a ouvert, en 1886, une souscription au *Journal d'Alsace*, en faveur de la création de l'Institut Pasteur de Paris. Cette souscription a produit en peu de jours la somme de 42,000 francs, qui ont été versés au comité provisoire sous ce titre: « Offrande de l'Alsace à l'institut Pasteur ».

Les Epidémies.

La Peste.

Une accalmie paraît se produire dans l'épidémie de peste d'Oporto. Nous lisons dans les journaux politiques:

Oporto, le 17 décembre. — Depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à hier, il y a eu 277 cas de peste dont 102 suivis de décès. Pendant la semaine dernière il y a eu 2 décès. Aujourd'hui, on ne signale aucun cas.

La situation sanitaire est bonne à Alexandrie, car on annonce de Jérusalem que la quarantaine imposée par la Turquie sur les provenances d'Egypte est entièrement abolie, aucun cas de peste ne s'étant produit à Alexandrie depuis le 6 novembre.

Le *Journal officiel de Madagascar* donne aussi d'intéressantes nouvelles sur la peste de Tamatave et les mesures qui ont été prises :

« Par suite de décisions prises par la commission des logements insalubres, vingt-sept cases, situées dans les anciens quartiers de la ville, notamment à la Pointe Hastie et au village d'Ampassimazava, ont été démolies et détruites pendant le mois d'octobre. Le Conseil sanitaire a aussi fait détruire par le feu neuf cases contaminées pendant le mois. Le nombre de personnes atteintes de la peste, du 23 juillet au 13 novembre au soir, est de 46 cas, dont 33 décès. Ces 46 cas se répartissent ainsi par races :

Européens	1 cas	1 décès
Créoles	12 —	7 —
Malgaches	25 —	20 —
Chinois	7 —	4 —
Indiens	1 —	1 —
Totaux	46 cas	33 décès

Pendant la semaine du 7 au 13 novembre, on a constaté 15 cas et 14 décès.»

La peste est constatée officiellement à la Réunion, la maladie désignée depuis plus de soixante ans sous le nom de *lymphangite infectieuse* a été reconnue comme étant la peste, qui serait à l'état endémique dans l'île, s'il faut en croire un correspondant des *Débats*.

Dans les Indes Anglaises, il y aurait une nouvelle extension du fléau, peut-être à cause de la famine qui éprouve durement le pays. Plusieurs officiers anglais et la fille du commandant de Pouna seraient morts, frappés par la peste.

L'entérite au Natal. — Les journaux anglais prétendent qu'une épidémie d'entérite règne dans l'armée anglaise au Natal.

L'influenza à Brest. — De nombreux cas d'influenza sont constatés à Brest, dans les troupes de la marine.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Prix Godard de 2.000 francs. (Concours de l'année 1900.)

Conformément aux dispositions énoncées dans le programme du Prix Godard la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux décernera en 1900 deux prix de 2.000 francs.

Un de ces prix sera attribué à l'auteur du meilleur mémoire produit sur l'une des trois questions suivantes, savoir :

Section de Médecine. — I. Description clinique et pathogénie des troubles de la sensibilité observés chez l'homme à la suite des lésions organiques des hémisphères cérébraux. II. Pathogénie des accidents cardiaques non valvulaires dans les maladies infectieuses. — III. De la défense de l'œil contre les microbes pathogènes tant à l'état normal qu'à l'état pathologique.

L'autre prix sera attribué à l'auteur du meilleur mémoire produit sur l'une des trois questions suivantes, savoir :

Section de Chirurgie et Accouchements. — I. Contusions et déchirures du rein. — II. Traitement chirurgical du pylore. — III. Des indications et de la mise en œuvre de l'intervention chirurgicale dans les affections pulmonaires.

Les candidats auront toute l'année pour traiter l'un de ces sujets; ils devront faire parvenir leur travail au Secrétariat avant le 31 juillet 1900.

Les mémoires devront être manuscrits écrits en français, signalés par une devise et accompagnés : 1° d'une analyse du travail faisant ressortir les parties originales du mémoire, dont l'auteur pensera pouvoir s'attribuer la découverte; 2° d'un pli cacheté reproduisant la devise et renfermant une désignation suffisante du candidat, un exposé de ses titres scientifiques, de son état civil et de sa scolarité accomplie devant la Faculté de Bordeaux.

Concours de l'année 1901

Conformément aux dispositions énoncées dans le programme du Prix Godard, la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux décernera en 1901 un prix de 2,000 fr. à l'auteur du meilleur mémoire produit sur l'une des trois questions suivantes, savoir :

Section des sciences anatomiques et physiologiques. — I. Hypothermie expérimentale. — II. Des altérations fonctionnelles consécutives à l'ischémie temporaire des centres nerveux. — III. Système nerveux du cœur dans sa portion cardiaque.

Les candidats auront toute l'année pour traiter l'un de ces sujets ; ils devront faire parvenir leur travail au Secrétariat avant le 31 juillet 1901. Les mémoires devront être manuscrits, écrits en français, signalés par une devise et accompagnés : 1° d'une analyse du travail faisant ressortir les parties originales du mémoire, dont l'auteur pensera pouvoir s'attribuer la découverte ; 2° d'un pli cacheté reproduisant la devise et renfermant une désignation suffisante du candidat, un exposé de ses titres scientifiques, de son état civil et de sa scolarité accomplie devant la Faculté de Bordeaux.

Conditions de ces Concours. — Ne sont admis à concourir que les docteurs en médecine ayant fait toutes leurs études à la Faculté de médecine de Bordeaux et qui n'auront pas atteint en 1901 l'âge de 55 ans révolus. Par exception, les docteurs âgés de plus de 55 ans sont admis à concourir s'ils ont subi leur thèse dans les trois années précédant le concours.

L'Alcoolisme à la vapeur : Les Wagons-bars dans les chemins de fer.

L'Association de la Presse médicale française nous adresse la communication suivante :

« Nous apprenons que M. A. Sartiaux, ingénieur en chef de la Compagnie des Chemins de fer du Nord, s'est toujours montré nettement opposé à l'admission des wagons-bars dans les trains circulant sur le réseau du Nord.

« Les voitures bars, qui sont actuellement remorquées par les trains de la Compagnie de l'Ouest assurant un service circulaire entre Paris-Saint-Lazare et Paris-Nord, sont même détachées de ces trains à leur arrivée à la première gare Nord (Sannois) et reprises à cette gare dans le sens du retour. »

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi à 5 heures, au laboratoire.

FORMULES

XXXVII. — Contre l'eczéma séborrhéique et le psoriasis.

Chloroforme	} ââ 25 grammes.
Glycérine	
Chrysarobine.	2 gr. 50 centigr.
Ichtyol.	2 — 50 —
Acide salicylique.	2 — 50 —

A appliquer tous les trois jours avec un pinceau.

(HODARA in *J. de méd. de Paris*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 déc. au samedi 16 déc. 1899, les naissances ont été au nombre de 1069 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 377, illégitimes, 128. Total, 505. — *Sexe féminin* : légitimes, 387, illégitimes, 177. Total, 564.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 10 déc. au samedi 16 déc. 1899, les décès ont été au nombre de 1009, savoir : 562 hommes et 448 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 3. T. 9. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 2, F. 3, T. 5. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 1, F. 4, T. 5. — Grippe : M. 2, F. 2, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 121, F. 76. T. 197. — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 2, T. 8. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 5, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 28, F. 33, T. 61. — Méningite simple : M. 6, F. 6, T. 12. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 27, F. 19, T. 46. — Paralysie, M. 8. F. 4, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 3, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 30, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 8, T. 22. — Bronchite chronique : M. 18, F. 14, T. 32. — Broncho-pneumonie : M. 25, F. 15, T. 40. — Pneumonie : M. 14, F. 16, T. 30. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 28, F. 25, T. 53. — Gastro-entérite, biberon : M. 10, F. 10, T. 20. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 0. T. 1. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 14, F. 10, T. 24. — Sénilité : M. 13, F. 28, T. 41. — Suicides : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres morts violentes : M. 11, F. 4, T. 15. — Autres causes de mort : M. 73, F. 65, T. 138. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 1, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 11. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 11, illégitimes, 12. Total : 23.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE. — M. le Dr BAUDRON, accoucheur des hôpitaux, commencera le jeudi 18 janvier 1900, à 10 heures du matin, un cours clinique et pratique de gynécologie. Ce cours sera complet en 18 leçons, et aura lieu à la clinique Baudelocque, les jeudis, samedis et Mardis à 10 heures du matin. Le prix du cours est de 50 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté. ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits. Les bulletins de versement relatifs à la carte d'immatriculation et au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures.

LABORATOIRE DE PHYSIQUE. — *Démonstrations et exercices de Radiographie, sous la direction de M.* BROCA (André), *agrégé.* — Des démonstrations de Radioscopie et de Radiographie suivies d'exercices pratiques faits par les élèves, auront lieu au laboratoire de Physique de la Faculté de médecine, les lundi, mercredi et vendredi, de 3 à 5 heures, à partir du lundi 8 janvier 1900. La durée des manipulations sera de 9 séances, au prix de 150 francs

pour les élèves ne connaissant pas la photographie ; elle sera de 6 séances, au prix de 100 francs, pour les élèves connaissant la photographie. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues les lundi, mardi, jeudi et samedi, au secrétariat de la Faculté, (guichet n° 3), de midi à 3 heures. La mise en série sera faite au laboratoire de physique, sur la présentation de la quittance des droits.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT.— *Chirurgie.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : *Médaille d'or*: M. Veau. — *Médaille d'argent* : M. Fernand Monod. — *Accessit* : M. Roger.

Médecine. — Ce concours vient de se terminer de la façon suivante : *Médaille d'or :* M. Castaigne. — *Médaille d'argent* : M. Bernard. — *Médaille de bronze* : M. Griffon.

CONCOURS DE L'EXTERNAT.— Questions données : *Anatomie* : 8 décembre. Artère sous-clavière. — 12 décembre. Rapports du rectum. — *Pathologie* : 7 décembre. Coqueluche — 9 décembre. Symptômes et diagnostic du mal de Pott. — 12 décembre. *Phlegmatia alba dolens.*

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — *Médecine.* — A la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, il a été décidé que les mutations suivantes auraient lieu dans les services hospitaliers par suite du décès de M. Guingeot et de la retraite de MM. Proust et d'Heilly. — *Hôtel-Dieu* : M. Muselier et M. Brissaud. — *Michel-Bizot* : M. Netter et M. Guinot. — *Hérold* : M. Marfan et M. Morel-Lavallée. — *Enfants Malades* : M. Variot et M. Richardière.—*Etex* : M. Sevestre et M. Josias. —*Lariboisière* : M. Brault.—*Saint-Antoine* : M. Thoinot. — *Tenon* : M. Dalché. — *Ménages* : M. Wurtz. — *Debrousse* ; M. Launois.

Chirurgie — Par suite de la limite d'âge du Pr Terrier et de la mort de M. A. Marchand, le mouvement suivant aura lieu dans les services de chirurgie le 25 décembre dans les hôpitaux de Paris. M. Berger passe à *Beaujon*; M. Michaux à *Bichat*; M. Chaput à *Broussais*; M. Lejars à *Tenon*; M. Potherat à la *Maison de santé*; M. Guinard, à *Bicêtre*; M. Hartmann, à *Ivry*.

HOPITAUX DE LYON. — M. le Dr COMMANDEUR est nommé accoucheur des hôpitaux.

ERRATUM, — LABORATOIRE MUNICIPAL DE RECHERCHES SPÉCIALES A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS. —Dans le n° 50, page 478, lire M. le Dr SABOURAUD, au lieu de M. Labouraud.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr AZAM, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux vient de mourir. Né à Bordeaux en 1822, il fut fondateur du groupe girondin de l'Association pour l'avancement des sciences, président à vie du groupe géographique du Sud-Ouest, président de la Société des sciences physiques et naturelles, président de la Société philomatique, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc. Le Dr Azam a publié de nombreux ouvrages, parmis lesquels il faut citer surtout *Hypnotisme, Double conscience et altération de la personnalité*, où se trouve l'étude du cas de Félida, qui eut un si grand retentissement. — M. le Dr GALOPIN, père de notre confrère M. Arnould Galopin, secrétaire de la rédaction du *Soir* vient de mourir. — Nous apprenons avec un bien vif regret la mort de M. A. CHEVRIER, pharmacien l'un des le plus distingués de Paris. M. Chevrier avait été décoré de la Légion d'honneur en 1870 pour sa belle conduite aux ambulances. Il ne comptait dans le monde médical et dans celui de la presse que des amis. Il appartenait depuis de longues années au corps médico-pharmaceutique de la Société des auteurs et compositeurs dramatiques et de la Société des lettres Sa bienfaisance était inépuisable et les bienfaits qu'il a répandus autour de lui ne se peuvent compter. (*Le Temps* du 18 novembre 1899). — M. le Dr RAFAILLAC (de Margaux.) — M. le Dr SAINT-LO (de la Haye).

PRIME A NOS ABONNÉS

Le Dr Henri de Rothschild est sur le point de faire paraître une seconde édition de : *L'Allaitement mixte et l'allaitement artificiel.* Paris, 1898, 659 pages et les *Troubles gastro-intestinaux chez les enfants du premier âge.* Paris, 1898, 271 pages. Comme il dispose encore d'un certain nombre d'exemplaires de la première édition de ces deux ouvrages, il se fera un plaisir d'envoyer à ceux de ses confrères que les questions de pédiatrie intéressent, un exemplaire de l'ouvrage qu'ils voudront bien lui demander par une lettre adressée, 41, avenue d'Iéna, à Paris.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Maladies de l'oreille, du nez et du larynx.* — M. le Dr LERMOYEZ reprendra ses conférences cliniques le samedi 6 janvier, à 9 h. 1/2. — *Emploi du temps* : Le lundi, petite chirurgie spéciale. Le mardi, conférence de technique et de séméiologie. Présentation de malades. Le vendredi, opérations (cure radicale de l'otorrhée et des sinusites de la face). Le samedi, conférence de thérapeutique.

CLINIQUE TARNIER. — M. le Pr BUDIN : Mardi et samedi à 9 heures, leçons à l'Amphithéâtre. — Lundi et jeudi, lecture raisonnée des observations de la semaine. — Mercredi, leçons de séméiologie obstétricale. — Vendredi, consultations des nourrissons tous les jours, à 5 heures, cours théorique d'accouchement.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.*— M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. — Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies du système nerveux.* — M. GILLES DE LA TOURETTE, agrégé, suppléant M. le Pr Raymond, les mardis et vendredis à 10 heures.

HOTEL-DIEU. — *Cours pratique d'appareils.* — M. le Dr MARION, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu commencera incessamment son cours pratique d'appareils. Ce cours comprendra une dizaine de leçons, les élèves y seront exercés à l'application des pansements et appareils de pratique courante. Le prix d'inscription est de 20 francs S'adresser à M. Marion à l'Hôtel-Dieu

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*

BOURNEVILLE **Enseignement professionnel des infirmiers; laïcisation de l'Assistance publique.** Discours prononcés les 12, 23, 26 et 30 juillet 1898 aux distributions des prix des *Écoles municipales d'infirmières laïques*, suivi d'un discours sur l'**Enseignement pratique dans les écoles d'infirmières laïques**. Brochure in-8 de 89 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

CARDAMATIS (J.). **Un type intermédiaire entre la lèpre, la syringomyélie et la maladie de Morvan** Brochure in-8 de 23 pages — Prix: 75 c. — Pour nos abonnés . . . . 50 c.

COURMONT (P.) et BONNE. **Syndrome de Landry par lésions exclusives des cornes antérieures (Myélite ascendante antérienne aiguë)**. Brochure in-8 de 21 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . . . 50 c.

KANELLIS (S.) et CARDAMATIS (J.). **Quelques réflexions sur les fièvres pernicieuses paludéennes.** Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

MARIE (A.). **Mistycisme et folie**. Brochure in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

TRUELLE, **Dégénérescence mentale. Etat névropathique (appoint alcoolique, délire hallucinatoire)** Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

URRIOLA (L.). **Nouveau syndrome consécutif à une blessure de la moelle.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

3e SÉRIE. T. X. N° 52. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 30 DÉCEMBRE 1899.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

De l'éosinate de sodium dans le traitement de l'épilepsie et des accidents qu'il produit;

PAR BOURNEVILLE ET CHAPOTIN.

Dans le courant de l'année 1898, nous avons essayé sur un certain nombre d'enfants épileptiques de la 4e section l'emploi de l'*éosinate de sodium* dans le traitement de l'épilepsie. Prise à doses progressives, cette substance a déterminé des accidents assez graves pour obliger à suspendre complètement le cours de ces recherches. C'est la description de ces accidents que nous nous proposons de relater ici. Ils nous ont paru intéressants par leur nature même et par ce fait que nulle part nous n'avons pu rencontrer d'indications sur les manifestations cutanées et les troubles de la nutrition occasionnés par l'éosinate de sodium.

L'éosinate de sodium dérive de la fluorescéine. La fluorescéine ($C^{20} H^{12} O^5$) est une phtaléine qui forme trois dérivés *bromés*, les mono, di et tétrabromo-fluorescéine. Pour obtenir l'éosine qui est la tétrabromofluorescéine ($C^{20} H^8 Br^4 O^5$), on traite la fluorescéine par $4 Br^2$ en présence de l'acide acétique ou de l'alcool, l'éosine se dépose au bout de quelque temps.

L'*éosine* est un acide assez puissant, l'acide acétique ne le déplace qu'incomplètement de ses sels, et, en présence du potassium, du sodium, de l'ammonium, elle donne des composés plus ou moins stables. Nous n'avons pu trouver la formule exacte de l'éosinate de sodium ; mais il y a tout lieu de la croire absolument analogue à celle de l'éosinate de potassium qui renferme cinq molécules d'eau de cristallisation. Dans ces conditions la molécule d'éosinate de sodium, $C^{20} H^6 Br^4 O^5 Na^2 + 5 H^2 O$ renferme 320 de brome, c'est-à-dire qu'un gr. d'éosinate contient environ 0gr.40 de brome. C'est cette richesse en brome qui conduit MM. Le Goff et Sainton (voir *Progrès médical* janvier 1898 t. VII p. [illegible]) à essayer l'emploi de l'éosine dans le *traitement de l'épilepsie*. Ces auteurs rapportent les résultats de quatre expériences, deux sur des grenouilles, deux sur des chiens, dans lesquelles ils virent la paraplégie des membres postérieurs survenir à la suite de l'administration soit par voie digestive, soit par voie sous-cutanée de doses assez fortes d'éosine. *Ils citent également deux cas où des malades épileptiques auraient pris 2 gr. d'éosinate sans autre accident que la fluorescence des urines.*

Les *essais thérapeutiques* que nous avons entrepris, en nous appuyant sur la composition de l'éosinate et sur l'hypothèse de MM. Le Goff et Sainton, pouvaient faire espérer un résultat avantageux pour les malades. On verra en parcourant nos observations que les résultats pratiques ont été tout différents de ce que la théorie paraissait faire espérer.

Vingt-trois malades, répartis en trois séries, ont été soumis au traitement par l'éosinate de sodium. Suivant la pratique habituelle dans le service, quand il s'agit de médicaments nouveaux, ils ont été choisis parmi les malades les plus gravement atteints. Le tableau suivant est destiné à montrer les dates de début et de cessation du traitement, les doses maxima pour chaque malade, l'indication des principaux accidents observés (voir TABLEAU 1).

Le *mode d'administration* du médicament a été réglé dans tous les cas ainsi qu'il suit :

1re semaine	0 gr. 25
2me —	0 gr. 50
3me —	0 gr. 75
4me —	1 gr.
5me —	1 gr. 50
6me —	2 gr.
7me —	2 gr. 50
8me —	3 gr.
9me —	3 gr.

L'éosinate de sodium a été donné sous forme de *capsules* de 25 centigr. chacune.

OBSERVATION 1. — **Épilepsie idiopathique.**

SOMMAIRE. — *Tante paternelle atteinte de rhumatisme nerveux. — Cousin germain interné dans un asile d'aliénés. — Rougeole. — Maux de tête fréquents : — vertiges. accès.*

All..... (Léon), 20 ans, est entré le 20 juillet 1896 dans le service. Il a commencé à prendre de l'*éosinate de sodium* le 1er mars et a continué sans interruption jusqu'à la fin du mois d'août. Il a débuté par 0 gr., 25 et à partir du 13 juin en a pris

régulièrement 4 grammes. A aucun moment, il n'a présenté le moindre accident d'intoxication. On peut même se demander, en comparant ce fait aux suivants, si le malade, le plus intelligent de la série, ne fraudait pas et prenait intégralement son médicament.

Ce malade n'a pas eu d'accès depuis le mois de février 1898 : ce fait paraît indubitable. Quant aux *vertiges*, nous ne pouvons rien préciser. Ils sont si fugaces, qu'ils échappent le plus souvent aux infirmiers. Le malade, qui s'en rend compte, les estime à environ 60 par mois. Voici en quoi consistent les vertiges ou mieux les *absences :* Pas d'aura ; un brouillard devant les yeux, battements des paupières : « Ça passe comme un éclair » dit le malade. Durée 2 ou 3 secondes. S'il tient un objet il ne le lâche pas. Il y a quelques jours (novembre), en faisant la barre fixe, il a eu une absence et n'a pas lâché la barre. Il se rend compte qu'il a été malade en ce qu'il revient à lui « comme s'il avait eu un évanouissement ». Pas de changement de coloration de la face, pas de prostration, pas de sensation de tournoiement. Jamais d'évacuations involontaires.

Tabteau des accès et des vertiges.

MOIS.	1896.		1897.		1898.		1899.	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier			»	6	1	»	»	?
Février			»	17	2	»	»	?
Mars			1	»	»	»	»	?
Avril			1	1	»	**11**	»	?
Mai			»	»	»	**15**	»	?
Juin			5	»	»	**4**	2	?
Juillet	2	»	»	»	»	**31**	»	?
Août	»	»	»	»	»	»	»	?
Septembre	2	1	»	9	»	»	»	?
Octobre	»	1	»	»	»	»	»	?
Novembre	»	»	»	»	»	»	»	60
Décembre	»	»	»	»	»	»		
Totaux	4	2	7	33	3	61		

Obs. II — **Épilepsie symptomatique.**

Sommaire. — *Père, quetques excès de boisson, caractère emporté. — Grand-père maternel mort paralysé. — Tante maternelle hystérique. — Premières convulsions à 22 mois pendant 2 heures. — Secondes convutsions 8 jours plus tard suivies de méningite. — Troisièmes convulsions à 4 ans : épilepsie consécutive. — Prédominance des convulsions dans le côté gauche. — Rougeole à 3 ans ; — coqueluche à 6 ans.*

Dav.... (Louis), 23 ans, est entré le 8 août 1889 dans le service. En traitement du 1er mars au 31 août 1898.

23 *mai.* — Légère *rougeur* de la face et *gonflement* bilatéral et symétrique, localisé à la partie la plus reculée des *joues* et à la *région parotidienne.* Pas de gonflement ni de rougeur des mains ni des pieds. — Le lendemain le gonflement est plus accentué et a envahi la lèvre inférieure. La muqueuse buccale ne présente ni rougeur ni gonflement. Le malade se plaint un peu de céphalée.

25 *mai.* — Les téguments prennent une *teinte plus foncée.* Cette coloration, que nous retrouverons comme l'un des accidents initiaux, diffère complètement de la rougeur érythémateuse ou congestive ; elle est moins violacée, tirant plus sur le jaune, rappelant la teinte obtenu en dissolvant dans l'eau l'éosinate de sodium. *Les selles sont fortement colorées en rouge.*

27 *mai.* — La rougeur et le gonflement ont disparu.

Du 24 mai au 2 juin on a interrompu le traitement ; le 2 juin, on le reprend à 3 gr. 50.

18 *juin.* — Pas de coloration ni de gonflement de la face ni des mains, mais aux *deux pouces* on note un *décoltement partiel des ongtes.*

9 *juillet.* — *Les ongles des pouces entièrement soulevés par un liquide séreux, ne tiennent plus que par ta matrice.* La pression, absolument indolore d'ailleurs, fait sourdre quelques gouttes de liquide. Les autres doigts et les orteils sont absolument indemnes. Légères ulcérations sur le cou et l'oreille du côté gauche.

6 *août.* — *Les ongles des pouces sont tombés* et les jours suivants commencent à repousser d'une manière irrégulière. Sur le dos de la main et le long du bord interne du pouce droit, on note quelques ulcérations en voie de guérison ; celles du cou ont guéri sans laisser de cicatrices.

1899. *nov.* — Il ne reste sur le visage *aucune trace* des lésions produites par l'éosinate. — Les ongles sont tout-à-fait réguliers. — Voici le tableau de ses accès depuis l'admission.

Tableau des accès.

Années.	Accès.	Vertiges.	Années.	Accès.	Vertiges.
1889	13	»	1893	31	1
1890	12	3	1894	33	1
1891	25	5	1895	66	7
1892	15	8			

MOIS.	1896		1897.		1898.		1899.	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	2	1	3	»	1	»	2	»
Février	4	»	5	»	2	»	9	»
Mars	2	»	4	«	**1**	**1**	6	»
Avril	4	1	7	»	**5**	»	5	»
Mai	1	»	1	»	**9**	**1**	10	»
Juin	3	1	2	1	**1**	»	1	1
Juillet	3	»	3	»	**1**	»	8	»
Août	5	»	2	»	**6**	5	9	»
Septembre	7	»	1	»	»	»	1	»
Octobre	»	»	7	1	»	»	5	»
Novembre	1	»	1	»	1	»	1	»
Décembre	3	1	»	»	3	»		
Total	35	4	36	2	30	7		

Au point de vue thérapeutique aucun résultat. En effet, durant la période correspondante de 1897, D. a eu 17 accès et 1 vertige et pendant la période de traitement, 23 accès et 2 vertiges.

Obs. III. — **Épilepsie idiopathique.**

Sommaire. — *Père rhumatisant, coxalgie de l'enfance. — Grand-père paternel alcoolique. — Mère, convulsions, bègue et migraineuse. — Grand-père et oncle maternels, alcooliques. — Sœur, morte de méningite. — Autre sœur un peu arriérée. — Onanisme et début des accès à 11 ans, des vertiges à 13 ans.*

Fauv... (Jules), 17 ans, est entré le 23 janvier 1897 dans le service. Il a été soumis au traitement du premier mars au 31 août 1898.

25 *avril.* — Rougeur modérée des *joues*, des *oreilles*, du

nez et du *front*, semblant même envahir le cuir chevelu. *Gonflement* peu marqué des *régions parotidiennes*. Légère rougeur de la voûte palatine et du fond du pharynx ; teinte érythémateuse, légèrement violacée de la face dorsale des mains, moins marquée à la face palmaire. Rien aux pieds. — Appétit conservé, *selles fortement colorées en rouge* ; *urines*, en quantité normale, présentant une *coloration rosée* à la lumière transmise, *verdâtre* à la lumière réfléchie ; pas de sucre ni d'albumine.

Pas d'angine, pas de salivation, de surdité, de sécrétion des larmes ; pas d'engorgement ganglionnaire. Respiration normale ; pouls régulier : 73 pulsations par minute Le malade dit avoir eu des démangeaisons, d'ailleurs peu vives, avant l'apparition de la rougeur, et des douleurs de tête assez intenses pour l'avoir empêché de dormir la nuit précédente.

Les jours suivants, la rougeur et le gonflement diminuent ; le 30 avril les selles ont presque complètement perdu leur coloration, et toute trace d'accident disparait, sans qu'on ait jamais noté de modifications de l'état général. Le traitement, *interrompu dès l'apparition des premières manifestations cutanées*, est repris le 2 mai, à la dose de 3 grammes.

10 *juin*. — *Phlyctène* sur la partie supérieure de l'ourlet de l'oreille droite. *Excoriation* sur la moitié gauche de la lèvre supérieure ; légère rougeur des joues, rien aux mains ni aux ongles. On continue le traitement à la dose de 3 gr. 50.

19 *juin*. — Rougeur diffuse de la face ; gonflement limité au-dessous des paupières inférieures ; quelques petites ulcérations sur la face et la lèvre inférieure ; pas de rougeur du pharynx ; rien aux mains ni aux pieds.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1897.		1898.		1899.	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	16	»	7	»	7	»
Février	2	»	8	»	8	1
Mars	8	1	**4**	»	3	»
Avril	8	6	**6**	»	8	»
Mai	17	»	**8**	»	7	»
Juin	8	»	**12**	»	7	»
Juillet	6	1	**10**	»	7	»
Août	8	»	**8**	**1**	4	»
Septembre	5	2	4	»	7	»
Octobre	12	»	3	»	2	»
Novembre	8	«	7	»	4	»
Décembre	5	«	10	»		
Totaux	103	10	87	1		

9 *juillet*. — Pas de rougeur ni de gonflement de la face ; mais sur le dos du nez, les pommettes, les commissures labiales, sont disséminées de nombreuses *ulcérations*, petites, à contours irréguliers plus ou moins arrondis, recouvertes de croûtes jaunâtres, humides, exubérantes. A la place des ulcérations plus anciennes et après la chûte des croûtes, on trouve des cicatrices brunâtres, déprimées, indélébiles (?). Sur le dos des mains, surtout à gauche, mêmes ulcérations croûteuses ; *les ongles des deux pouces sont décollés*, mais sans infiltration séreuse sous-jacente ; rien aux orteils.

23 *juillet*. — Durant un accès le malade est tombé sur la face et s'est fait des écorchures étendues, sur tout le côté gauche du nez et de la lèvre supérieure, sur la paupière supérieure et la pommette gauche. Ces écorchures, vieilles de quatre jours, sont actuellement recouvertes de croûtes suintantes et exubérantes. Sur le menton, le lobule et le long de l'ourlet des deux oreilles, sur la joue droite, ulcérations croûteuses, arrondies, disséminées ; deux ou trois ulcérations plus étendues sur le cou. — *Ongles des deux pouces noirâtres, en partie décollés*, sans infiltration de liquide.

5 *août*. — De nouvelles ulcérations sont apparues sur la face, le cou et les mains à côté des anciennes, cicatrisées. Elles présentent l'aspect caractéristique décrit ci-dessus. *Les ongles sont soulevés par un liquide séreux* mais non purulent, la pression à leur niveau n'occasionne aucune douleur. Le traitement est définitivement suspendu le 31 août.

1899. *Nov*. — Aucune cicatrice ou macule de la face.

De mars à fin août, 55 accès en 1897, 48 en 1898 *éosinate* et 36 en 1899.

OBS. IV. — **Arriération intellectuelle ; épilepsie symptomatique.**

SOMMAIRE. — *Grand-père, arrière-grand-père et grand'tante maternels alcooliques. Grand'tante maternelle hystérique. — Inégalité d'âge de quatorze ans. — Deux sœurs ont eu des convulsions. Un frère, convulsions, rachitisme, pied bot. — Convulsions à quatorze mois pendant onze heures. — Parésie à gauche. — Premiers accès à cinq ans. — Mort de broncho-pneumonie.*

Font... (Léon), 15 ans, est entré dans le service le 14 mai 1897. Traitement par l'éosinate du 1er mars au 30 mai.

25 *avril*. — Le malade se présente avec une rougeur intense, diffuse, de toute la face, s'accompagnant d'une sensation de *chaleur* et de *picotement* et d'une *céphalalgie* surtout marquée la nuit précédente. *Gonflement* intense, principalement du côté gauche de la face. Pas de rougeur ni de gonflement de la muqueuse buccale, pas de salivation ; la conjonctive est injectée, également des deux côtés ; mais pas de sécrétion exagérée des larmes ; pas de surdité ni de bourdonnements d'oreilles. Sur la face dorsale des deux mains et des doigts, rougeur et gonflement sans œdème. Rien sur le tronc ni sur les membres inférieurs. Pas de troubles des fonctions digestives, *selles fortement colorées en rouge*. *Urines* peu abondantes, fluorescentes, sans sucre ni albumine. — Auscultation des poumons et du cœur normale, Pouls à 100. Pas d'élévation de la température. — On interrompt l'éosinate ; le malade est mis au régime lacté et purgé.

27 *avril*. — La rougeur de la face a diminué ; le gonflement est toujours très marqué, il prédomine maintenant à droite ; plus rien aux mains. Sensations subjectives entièrement disparues. — Pouls régulier, bien frappé, à 86.

28 *avril*. — Toute coloration anormale a disparu au visage, mais le gonflement persiste. *Urines* (quantité : 1 litre et quart) ont presque entièrement perdu leur couleur fluorescente. P. à 90.

29 *avril*. — Même état. Urines (1 l. 1/4) revenues à leur couleur normale. — Constipation. P. à 65.

30 *avril*. — La rougeur et le gonflement de la face ont complètement cessé.

2 *mai*. — Reprise du traitement à la dose de 3 gr.

10 *mai*. — Rougeur et gonflement de la face plus prononcés à droite, Rien sur la muqueuse buccale ni sur les mains. La rougeur disparait au bout de quelques jours ; le gonflement devenu symétrique persiste plus longtemps ; le traitement est définitivement arrêté le 30 mai.

10 *juin*. — Le malade présente, disséminées sur la face et la nuque, des croûtes peu étendues et peu épaisses, jaunâtres, suintantes, rappelant les croûtes impétigineuses et siégeant à la nuque, sur le lobule de l'oreille droite, en avant et en bas des lobules des deux oreilles, sur le dos du nez et sur la narine droite, enfin sur la moitié droite de la lèvre supérieure.

L'*ongle du pouce gauche est tombé* : inflammation peu intense au pourtour de la plaie. Le malade ne peut fournir aucun renseignement sur la façon dont s'est produit cet accident.

18 *juin*. — Lésions cutanées de la face et du cou guéries ; rougeur et gonflement disparus. Plaie consécutive à la chûte de l'ongle du pouce gauche en bonne voie de guérison. Les ongles du pouce, index et annulaire droits, commen-

cent à se décoller, mais sans infiltration séreuse sous-jacente. Rien aux orteils.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1897.		1898.		1899.	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier			13	»	12	»
Février			13	»	»	»
Mars			**26**	»	3	»
Avril			**17**	»		
Mai	8	»	**14**	**1**		
Juin	9	1	6	»		
Juillet	18	»	6	»		
Août	18	»	9	»		
Septembre	13	»	9	»		
Octobre	7	»	7	1		
Novembre	25	»	14	»		
Décembre	14	1	13	»		
Totaux	112	2	147	2		

Loin de diminuer les accès, l'éosinate les aurait plutôt augmentés.

Obs. V. — **Epilepsie symptomatique.**

Sommaire. — *Père rhumatisant, migraineux, très impressionnable. — Oncle paternel alcoolique, intelligence faible. — Mère morte phtisique. — Grand-père maternel tuberculeux. — Grand-oncle maternel caractère exalté. — Trois oncles maternels mort-nés, deux autres morts de convulsions. — Un cousin suicidé. — Un frère très nerveux.*
Convulsions, vertiges ayant précédé les accès (13 ans ½). *Caractère emporté.*

Hél... (Georges), 21 ans, entré dans le service le 25 septembre 1891, a été soumis au traitement du premier mars au 24 mai.

27 *avril.* — *Gonflement* de la face très marqué, surtout du côté gauche, au niveau de la région parotidienne et de la paupière inférieure. En ce dernier point, le gonflement œdémateux forme godet à la pression. *Rougeur* très intense de toute la face s'étendant même à la partie antérieure du thorax. Rien aux pieds ni aux mains; rougeur de la muqueuse buccale, mais sans gonflement ni angine. Pas de salivation exagérée. Pas de surdité ni de bourdonnements d'oreilles conjonctive un peu injectée. Pas de céphalée, mais le malade accuse une *cuisson* assez intense du côté gauche de la face. Pas de modifications de la respiration ni de la circulation; pouls à 68. Appétit conservé, pas de diarrhée, *selles très colorées en rouge.* — *Urines* (quantité : 1.500 grammes) présentant une *coloration verte* à la lumière réfléchie, *rose* à la lumière transmise; pas de sucre ni d'albumine. On continue le traitement.

29 *avril.* — Le gonflement a un peu diminué à la face, la rougeur persiste; léger œdème des mains; constipation.

3 *mai.* — Toute trace de gonflement et de rougeur ont disparu.

23 *mai.* — Les accidents ont complètement cessé, malgré la continuation du traitement, jusqu'à ce jour. Actuellement le malade présente au-dessous de la paupière inférieure un gonflement dont l'apparition aurait été précédée d'une sensation de chaleur et de picotement.

Le lendemain le gonflement a beaucoup augmenté, est devenu œdémateux, a envahi la région parotidienne, la lèvre supérieure, et s'arrête sur le front à la ligne de striction formée par le bord du béret. Pas de rougeur de la muqueuse buccale. *On interrompt le traitement.*

2 *juin.* — Le gonflement et la rougeur n'existent plus.

10 *juin.* — *Ulcérations* arrondies, croûteuses, siégeant : à gauche sur la narine et la lèvre supérieure, au niveau du grand angle de l'œil, sur le lobule de l'oreille et le côté du cou, sur la nuque; à *droite*, sur la lèvre supérieure.

18 *juin.* — Les ulcérations de la face et du cou, en voie de guérison, forment des *cicatrices* brunes, déprimées, irrégulières. — Sur le bord cubital de la main gauche, ulcérations lentes à guérir; les *ongles* des deux pouces commencent à se décoller par leur extrémité; pas d'infiltration séreuse, aucune douleur. — Rien aux orteils.

30 *juin.* — Tous les accidents ont cessé; le décollement des ongles s'est arrêté. Le traitement n'a pas été repris.

1899. *Nov.* — Aucune cicatrice. Ongles réguliers.

Tableau des accès et des vertiges.

Années.	Accès.	Vertiges.	Années.	Accès.	Vertiges
1891	20	2	1894	84	5
1892	39	10	1895	92	9
1893	52	8			

MOIS.	1896.		1897.		1898.		1899.	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	12	»	9	»	16	»	3	»
Février	7	»	5	2	12	»	6	»
Mars	5	»	5	»	**10**	»	7	»
Avril	4	1	4	1	**13**	**2**	9	»
Mai	7	1	10	»	**7**	»	8	»
Juin	8	1	5	2	5	»	13	»
Juillet	11	3	5	1	9	»	12	»
Août	7	»	11	1	10	»	20	»
Septembre	9	2	11	»	5	»	6	»
Octobre	11	1	9	»	16	»	6	»
Novembre	12	1	12	»	18	1	5	»
Décembre	11	1	14	»	14	»		
Totaux	104	11	100	7	135	3		

Durant les mois de mars, avril et mai, nous notons en 1897, 19 accès et un vertige; — en 1898 (*éosinate*), 30 accès et 2 vertiges; — en 1899, 24 accès : d'où inefficacité du médicament.

Obs. VI. — **Epilepsie symptomatique.**

Sommaire. — *Père rhumatisant. — Oncle paternel alcoolique. — Grand'mère maternelle hémiplégique. — Sœur morte de convulsions.*
Accouchement long et difficile. — Brûlures étendues à la suite d'un bain. — Convulsions à 2 ans et demi pendant 12 heures. — Helminthiase. — Début des accès à 10 ans et des vertiges vers 11 ans. — Voleur et gourmand.

Kl... (Émile), 18 ans, prend de l'éosinate de sodium du 1er mars au 31 août.

2 *juin.* — *Croûtes impétigineuses* sur la nuque et le menton.

10 *juin.* — Petite *excoriation* non recouverte de croûtes sur la narine droite; sur la joue gauche, petites *plaques érythémateuses* disséminées, la plus grande n'atteignant pas 15 mm. de diamètre. Sur la nuque, grandes plaques rouges de 7 cm. de long sur 5 de haut. A ce niveau, l'épiderme est froncé, plissé et présente quelques petites croûtes. Sur le côté du cou, le long du bord externe du trapèze, la peau est rouge et indurée, comme si un furoncle allait se former en ce point. A la main gauche, l'*ongle* du pouce, soulevé dans ses quatre cinquièmes antérieurs par une *sérosité purulente*, n'est plus adhérent que par une étroite bande de 2 millim. et demi de large, complètement incolore; *ulcération croûteuse* au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius. Rien à la main droite ni aux orteils.

18 *juin.* — L'*ongle* du pouce gauche *est tombé*; ceux des

deux index commencent à se décoller par leur extrémité. Les ulcérations de la face sont guéries, les cicatrices présentent l'aspect particulier que nous avons déjà décrit.

9 *juillet.* — Rougeur intense et gonflement de la face, surtout à la partie inférieure de la joue gauche. Rougeur sans gonflement de la muqueuse buccale, de même sur le dos des mains. Le *décollement des ongles* des index s'est arrêté, mais l'ongle du pouce droit n'est plus adhérent que par la matrice ; celui du côté gauche n'a pas encore commencé à repousser.

23 *juillet.* — *Lésions croûteuses* disséminées sur les deux mains ; à la main droite l'ongle du pouce semble se recoller.

5 *août.* — Ulcérations des mains guéries.

31 *août.* — Nombreuses *ulcérations croûteuses* disséminées sur la joue gauche au voisinage de la commissure labiale et sur les parties latérales du cou, et s'accompagnant de rougeur de la face et de gonflement des régions parotidiennes. Le décollement des ongles s'est complètement arrêté. *On suspend définitivement le traitement.*

1899. *Nov.* — Ni taches, ni cicatrices. Ongles réguliers.

Tableau des accès et des vertiges.

Années.	Accès.	Vertiges.
1893	38	»
1894	85	20
1895	99	42

MOIS.	1896.		1897.		1898.		1899.	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	15	2	4	»	17	»	10	»
Février	13	»	13	»	7	1	8	»
Mars	7	»	3	»	**15**	»	13	1
Avril	6	»	11	3	**9**	»	14	2
Mai	5	»	11	»	**18**	1	12	«
Juin	17	1	9	4	**5**	»	6	»
Juillet	3	»	4	»	**14**	1	16	1
Août	5	1	10	»	**12**	2	17	1
Septembre	5	3	16	»	12	»	10	2
Octobre	8	1	16	»	16	2	12	1
Novembre	8	»	15	»	12	3	7	»
Décembre	12	1	18	»	14	1		
Totaux	104	9	130	7	148	11		

Du 1er mars au 31 août, nous notons 48 accès en 1897, 73 en 1898 (*éosinate*) et 78 en 1899 : résultat négatif.

Obs. VII. — **Imbécillité et Épilepsie symptomatiques.**

Sommaire. — *Père, strabisme. — Grand'mère paternelle très nerveuse. — Grand-oncle paternel alcoolique. — Grand-père maternel alcoolique, emporté. — Arrière-grand'mère maternelle sujette à des étourdissements. — Arrière-grand-père maternel mort interné à l'hospice de Bicêtre. — Grandes tantes maternelles sujettes à des tremblements. — Sœur morte de convulsions.*

Grossesse gémellaire. — Accouchement à huit mois. — Asphyxie à la naissance. — Coqueluche, rougeole, pyromanie, kleptomanie. — Convulsions pendant 8 heures à 5 ans. — Début de l'épilepsie à 7 ans. — Accès de plus en plus rapprochés.

Lec.... (Auguste), 20 ans. — *Traitement* par l'éosinate à partir du 1er mars jusqu'au 31 août.

18 *juin.* — Légère rougeur de la face sans autre accident.

9 *juillet.* — *Rougeur* généralisée de la face et *gonflement* peu marqué des paupières inférieures. *Ulcérations* impétigineuses sur le nez et le lobule de l'oreille droite. — Rien au pharynx, ni aux mains, ni aux pieds.

23 *juillet.* — Même état : quelques ulcérations croûteuses sur la main droite.

6 *août.* — Tout accident a complètement disparu.

31 *août.* — Trois ou quatre petites *croûtes* brunâtres, du volume d'une lentille, disséminées sur la face. Sur le dos de la main droite, ulcération de la grandeur d'une pièce de cinq centimes. Légère rougeur de la face, mais sans gonflement ; le traitement est suspendu.

1899. *Nov.* — Face sans aucune cicatrice ; ongles réguliers.

Tableau des accès et des vertiges.

Années.	Accès.	Vertiges.	Années.	Accès.	Vertiges.
1890	51	»	1893	24	»
1891	49	»	1894	15	»
1892	62	»	1895	25	»

MOIS.	1896.		1897.		1898.		1899.	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	»	»	2	»	1	»	2	»
Février	2	»	3	»	1	»	2	»
Mars	»	»	8	»	**2**	»	4	»
Avril	2	»	5	»	**3**	»	7	»
Mai	1	»	»	»	**6**	»	2	1
Juin	3	»	2	»	**3**	»	2	»
Juillet	1	»	1	»	**3**	»	1	1
Août	3	»	2	»	**2**	»	2	»
Septembre	»	»	1	»	5	1	»	»
Octobre	1	»	3	»	»	»	4	»
Novembre	2	»	2	»	3	»	4	1
Décembre	2	»	3	»	4	»		
Totaux	17	»	32	»	33	1		

Obs. VIII. — **Épilepsie symptomatique.**

Sommaire. — *Arrière-grand-père paternel, épileptique guéri. — Mère migraineuse (?). — Frère atteint de mal de Pott ; convulsions de l'enfance. — Cousin germain mort de convulsions. Convulsions de 2 à 11 mois. — Nouvelles convulsions à 7 ans, suivies de l'apparition de l'épilepsie. — Actuellement accès et vertiges. — Attention presque nulle.*

Mat.... (Louis), 18 ans. — Éosinate de sodium du 1er mars au 31 août.

19 *juin.* — Pas de rougeur ni de gonflement de la face, mais sur le front, les joues et le nez, petites croûtes lenticulaires disséminées. — *Ongle* du pouce droit en partie soulevé par un liquide purulent s'écoulant à la pression ; pas de douleurs.

9 *juillet.* — Le malade présente à la face deux sortes de lésions : les unes consécutives à une *chûte* sur la face au cours d'un accès, consistant en des écorchures occupant le dos du nez et la lèvre supérieure et commençant à se recouvrir de croûtes jaunâtres ; les autres semblent relever directement de l'intoxication par l'éosinate de sodium. Ce sont de petites *ulcérations* de l'étendue d'une grosse tête d'épingle, recouvertes d'une croûte jaunâtre et suintante qui en tombant laisse une *cicatrice* pigmentée et déprimée. Ailleurs on n'observe ni gonflement, ni rougeur de la face ni des mains.

L'*ongle* du pouce droit se décolle de plus en plus ; la sécrétion sous-jacente est tarie.

Tableau des accès et des vertiges.

1895............ 5 accès.

MOIS.	1896.		1897.		1898.		1899.	
	A.	V.	A.	V.	.A	V.	A.	V.
Janvier	»	»	»	»	3	»	2	»
Février	1	»	3	8	4	»	4	»
Mars	»	»	»	»	5	»	7	»
Avril	»	»	2	»	4	»	1	»
Mai	»	»	»	»	2	»	8	»
Juin	»	»	2	»	4	»	7	»
Juillet	»	»	3	»	4	»	1	»
Août	2	1	4	»	4	»	10	»
Septembre	»	»	2	»	3	»	5	»
Octobre	»	»	3	»	3	»	6	»
Novembre	»	»	1	»	4	»	»	»
Décembre	4	»	1	»	4	»		
Totaux	7	1	21	8	44	»		

6 *août*. — La face est toute marbrée par les *cicatrices* que laissent les croûtes en tombant.

10 *août*. — Quelques *ulcérations* croûteuses disséminées sur le pavillon de l'oreille droite et sur l'ourlet de l'oreille gauche, ainsi que sur le menton. Ganglions sous-mentaux engorgés et douloureux. Sur la main droite, ulcération en partie cicatrisée au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index.

31 *août*. — Le traitement est interrompu. Les ulcérations de la face et des oreilles sont en voie de cicatrisation ; quelques croûtes sont disséminées sur l'index droit et le dos de la main gauche. L'*ongle du pouce droit présente une coloration noirâtre* dans sa moitié distale surélevée; il est intimement adhérent dans sa moitié proximale.

1899. *Nov.* — Aucune trace des lésions dues à l'éosinate (face, ongles, etc.).

Obs. IX. — **Idiotie, épilepsie et hémiplégie droite symptomatiques.**

Sommaire. — *Père mort tuberculeux. — Grand-père paternel alcoolique. — Mère morte tuberculeuse, caractère violent. — Grand-père maternel paralysé. — Deux oncles tuberculeux. — Frères et sœurs morts de convulsions.*

Traumatisme abdominal durant la grossesse. — Asphyxie à la naissance. — Parole et marche tardives. — Convulsions à un an. — Hémiplégie droite du côté droit. — Rougeole, coqueluche. — Caractère emporté; clastomanie.

Rom.... (Georges), 20 ans. Eosinate du 1er mars au 31 août.

23 *avril*. — *Rougeur* intense occupant toute la face et la partie supérieure du cou et s'accompagnant d'une sensation de *chaleur* et de *picotement*. En même temps, *gonflement* peu marqué occupant les joues, les paupières supérieures et inférieures, la face dorsale des mains et des doigts. On constate de plus une *coloration vermillon* intense sur les fesses et au pourtour de l'anus.

26 *avril*. — *Rougeur* de la face persistante. Œdème prédominant à gauche, localisé surtout aux régions parotidiennes, aux paupières, sans empêcher toutefois le malade d'ouvrir les yeux ; il s'arrête en haut à la naissance des cheveux. *Rougeur intense* et *tuméfaction* de la *muqueuse buccale*. Pas de salivation ni de sécrétion exagérée des larmes, pas de diminution de l'ouïe, pas d'engorgement ganglionnaire. Rougeur et gonflement du dos de la main gauche. Membres inférieurs intacts. Pas de modifications du côté des appareils respiratoires ou digestifs; *selles fortement colorées en rouge*. Pouls à 78. Pas d'élévation de température.

27 *avril*. — Rougeur diminuée d'intensité ; gonflement symétrique de la face; il a disparu aux mains. Pouls à 88. *Urines* (quantité 1 litre et quart) *fluorescentes*, ayant une *coloration verte* à la lumière réfléchie, rose à la lumière transmise.

29 *avril*. — *Coloration* et *gonflement* de la face presque entièrement disparus. De même le gonflement de la muqueuse buccale n'est plus apparent qu'au voisinage du bord alvéolaire des dernières grosses molaires. Urines en quantité normale, conservant leur coloration.

9 *mai*. — Toute trace de gonflement et de rougeur a disparu sans desquamation. Malgré les accidents, on a continué le traitement à la dose quotidienne de 3 grammes.

Du 24 au 27 mai le malade présente un peu de rougeur et de gonflement du côté gauche de la face. Le *traitement est suspendu* jusqu'au 31 mai. Il est repris le 1er juin à la dose de 3 gr. 50.

10 *juin*. — Quelques *ulcérations*, parfois recouvertes de *croûtelles* jaunâtres, disséminées sur les joues et sur les ailes du nez. L'*ongle du pouce gauche* est en partie soulevé par un liquide séro-purulent.

18 *juin*. — La face est presque entièrement couverte, surtout du côté gauche, de *croûtes jaunâtres*, épaisses, suintantes ne laissant entre elles presque pas de peau saine. Pas de rougeur de la face, du pharynx, ni des mains. Au *pouce gauche*, l'*ongle* est presque *complètement détaché*, et la pression, indolore du reste, fait sourdre un liquide purulent abondant ; au *pouce droit*, l'ongle commence à se décoller. Rien aux orteils.

18 *juillet*. — Pas de gonflement ni de rougeur de la face, ni des mains, ni de la muqueuse buccale. *Cicatrices* brunes, déprimées, à contours irréguliers, occupant toute la partie moyenne des joues, le pourtour de la bouche et du nez. Aux points où existent ces cicatrices, les *productions papillomateuses* (nœvi verruqueux) *qui couvraient antérieurement une partie de la face du malade, ont complètement disparu*. *Cicatrices* rosées sur la nuque. L'*ongle du pouce* gauche ne tient plus que par son bord postérieur; il est arraché pour éviter l'accumulation de pus à sa face inférieure. Du côté droit, l'ongle s'est recollé. Rien aux orteils.

29 *juillet*. — Même état ; la cicatrice du pouce gauche est en bonne voie de guérison.

6 *août*. — L'*ongle de l'index gauche commence à se détacher*. Pas d'infiltration de liquide sous-jacent; mais ulcération phlycténulaire sur le bord externe.

31 *août*. — Pas de modification des cicatrices de la face ; sur le dos des deux index, croûtes brunâtres, fendillées. On cesse définitivent le traitement.

Tableau des accès et des vertiges.

Années.	Accès.	Vertiges.
1893	3	»
1894	25	5
1895	96	24

MOIS.	1896.		1897.		1898.		1899.	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	17	15	9	4	16	1	20	»
Février	14	1	13	2	17	2	20	»
Mars	7	2	13	3	14	»	14	»
Avril	11	3	13	5	21	1		
Mai	14	»	15	9	15	5		
Juin	7	1	10	4	1	»		
Juillet	10	4	8	1	13	»		
Août	14	6	11	1	5	»		
Septembre	9	2	14	1	12	»		
Octobre	7	4	11	2	12	2		
Novembre	11	2	10	»	18	2		
Décembre	10	5	13	1	18	»		
Totaux	131	45	140	33	165	13		

Du 1er mars au 31 août : en 1897, 70 accès et 7 vertiges ; — en 1898 (*éosinate*), 69 accès et 6 vertiges ; — en 1899, pas de comparaison à cause du transfert.

Obs. X. — **Imbécillité, hémiplégie droite et épilepsie symptomatiques.**

Sommaire. — *Père : rhumatismes, migraines, névralgies. — Grand'mère maternelle morte tuberculeuse, mère migraineuse, nerveuse, morte de fièvre typhoïde. — Sœur, convulsions.*
Chûte durant la grossesse. — Convulsions à 10 mois pendant 24 heures : hémiplégie droite consécutive. — Rougeole, coqueluche, otorrhée. — Fréquents accès de colère, kleptomanie, pyromanie, onanisme.

Seg... (René), 17 ans. — Éosinate de sodium du 1er mars au 31 mai.

25 *avril.* — *Rougeur* généralisée de la face, s'accompagnant de *chaleur* perceptible à la main et d'un *gonflement* occupant les joues, les paupières surtout les inférieures et les lèvres. Ce gonflement est plus prononcé du côté gauche où l'œil parait moins grand. Sur la face dorsale des doigts et des mains, rougeur intense et gonflement remontant à quatre ou cinq centimètres au-dessus des poignets ; la main gauche est plus enflée. Rien sur le reste du corps.

26 *avril.* — L'*œdème* de la face a augmenté, marqué surtout aux régions parotidiennes et aux lèvres ; le malade ne peut ouvrir l'œil gauche. *Muqueuse buccale rouge* mais sans gonflement ; pas de gêne de la déglutition, pas de salivation, pas de surdité, la conjonetive n'est pas injectée. *Œdème* des mains persistant, plus accusé à gauche (côté non paralysé). Rien aux membres inférieurs. Pas de douleurs, pas d'engorgement ganglionnaire. Respiration naturelle ; pouls à 63 : température normale.

27 *avril.* — Gonflement un peu diminué mais prédominant encore à gauche. Pouls régulier, bien frappé, à 84.

28 *avril.* — État normal des voies digestives, pas de constipation ni de diarrhée, *selles fortement colorées en rouge. Urines* (1 litre 1/2) *vertes* à la lumière réfléchie, *roses* à la lumière transmise, ne contenant ni albumine ni sucre. P. à 70.

30 *avril.* — Le gonflement et la rougeur diminuent de plus en plus. Pouls à 69.

2 *mai.* — Tous les accidents ont disparu. — Le traitement, suspendu au début, est repris à la dose de 3 gr.

9 *mai.* — *Rougeur* et *gonflement* réapparus sur la face, des deux côtés, et sur le dos de la main droite.

14 *mai.* — Rougeur et gonflement disparus.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1896.		1897.		1898.		1899.	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	10	»	8	»	15	»	21	»
Février	2	1	10	»	15	»	33	»
Mars	1	»	9	1	**8**	**1**	45	»
Avril	7	»	18	»	**6**	»	26	»
Mai	4	»	10	»	**14**	»	19	3
Juin	4	»	11	1	29	»	30	11
Juillet	7	»	7	»	29	»	155	»
Août	5	»	6	»	28	3	149	13
Septembre	10	2	19	»	18	1	41	»
Octobre	10	2	15	»	34	»	41	3
Novembre	1	»	11	»	27	»	»	10
Décembre	16	»	17	1	41	»		
Totaux	77	5	141	3	264	5		

23 *mai.* — Depuis la veille au soir, *gonflement* et *rougeur* de la face accompagnés de *démangeaisons* et de *cuisson*. Gonflement très marqué aux joues et aux paupières inférieures, ayant même envahi le pharynx qui est très fortement coloré. La face dorsale des mains et des doigts est notablement tuméfiée et présente même de petites *phlyctènes* assez volumineuses principalement à droite. Le traitement est suspendu.

24 *mai.* — Gonflement très intense, les yeux sont presque complètement fermés. Les *phlyctènes* de la main droite en se réunissant les unes aux autres ont formé une énorme poche renfermant un liquide un peu trouble, sans coloration spéciale, dont l'examen chimique n'a malheureusement pu être pratiqué.

25 *mai.* — Légère diminution des accidents. Le malade prend 2 gr. d'éosinate.

26 *mai.* — Suspension du traitement.

27 *mai.* — Rougeur disparue sur la face mais persistant encore sur les piliers antérieurs et le voile du palais et sur le dos des mains. Gonflement en voie de résolution. 1 gr. d'éosinate de sodium.

Du 28 au 31 *mai*, 3 gr. 50 d'éosinate de sodium par jour ; le 31 mai le traitement est définitivement arrêté.

10 *juin.* — Petites *excoriations* arrondies de deux à cinq millimètres de diamètre, recouvertes de *croûtelles* jaunâtres, humides, épaisses occupant le front, les joues, les sourcils, les lèvres, la partie supérieure et gauche de la nuque. Pas de rougeur des téguments, pas d'engorgement ganglionnaire. La main gauche présente sur sa face dorsale une large exulcération consécutive à l'ouverture de la phlyctène, lente à guérir et pansée actuellement avec l'acide picrique. L'*ongle du pouce s'est entièrement détaché, sans douleurs et sans manifestations inflammatoires.*

Sur le dos de la main droite, large *plaque violacée* consécutive à une *phlyctène*. Pas de décollement ni de chute des ongles. Orteils absolument indemnes.

25 *novembre.* — L'enfant présente encore des taches rosées à la nuque, derrière l'oreille gauche. Sur les mains, qui sont d'habitude cyanosées, il reste encore des plaques violacées.

En résumé, nous notons durant la période correspondant au traitement (1er mars au 31 mai), 37 accès et 1 vertige en 1897, 28 accès et 1 vertige en 1898 (*éosinate*) et 90 accès et 3 vertiges en 1899 ; il y aurait donc eu moins d'accès pendant l'administration de l'éosinate qu'en 1897 et 1899.

Il nous paraît superflu de reproduire ici les observations des autres malades. Elles ne diffèrent pas sensiblement des précédentes ; on les trouvera d'ailleurs dans le *Compte-rendu* de notre service pour l'année 1899. Dans le prochain numéro, nous ferons la description des manifestations *trophiques* produites par l'éosinate de sodium. (*A suivre*).

Service de santé militaire. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale. Au grade de médecin principal de 1re classe de réserve : M. Willigens, médecin principal de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale : M. Defos du Rau, médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale : MM Lardennois et Muller, médecins-majors de 1re classe de l'armée active, retraités. — Au grade de pharmacien-major de 1re classe de l'armée territoriale : M. Lieutard, pharmacien-major de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin-major de 2e classe de réserve : MM. de Burine et Mourier, médecins-majors de 2e classe de l'armée active, retraités. — Au grade de médecin-aide-major de 2e classe de réserve : MM. Bories, Belohous, Bruneau, Cazade, Mongin, Gourdon, Boucard, Lombard, Lathuray-Viollet, Bigeard, Bérard, Acquaviva, Chabriac Abdel-Nour, Deshayes, Legry, Tanchon, Bousquet, Pierrot, Fassina, Millian, Chailan, de Lara, Delebecque, Roques, Philippe, Gaumerais, Fortunet, Allard, Brun, Payen, Chartier, Girard, Jung, Goy, Saqui, Fournier, Lefer, Bisquera, Cafferel, Pellegrin, Salvador, Weill, Calbat, Cuzin, Martel, Benoit, Espérandieu, Lahaye, Horveno, Helouin, Camiade, Vial, Ceccaldi, Morard, Gilbert, Bricard, Lapeyre, Dousset, Bosvieux, Lacrosaz, Caizergues, Guey, Bottone, Boutrou, Ricoux, Etterlin, Pamart.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'encombrement des Consultations.

Dans une séance récente de l'Académie de médecine, M. le Pr Fournier a exposé l'insuffisance des consultations spéciales de l'hôpital Saint-Louis. Le nombre des malades y est trop grand pour que la consultation soit sérieuse. Il serait en outre indispensable, selon M. Fournier, que des consultations eussent lieu le soir pour engager les ouvriers obligés d'aller à l'atelier dans la journée, à se soigner sérieusement. M. Fournier dans sa critique des consultations de Saint-Louis a surtout eu en vue la prophylaxie et le traitement de la syphilis et aucun médecin ne saurait discuter la valeur des observations du savant Professeur. Toutefois il nous sera permis de différer d'avis dans l'application du remède, car là il ne s'agit pas de science mais de pratique médicale.

M. le Pr Fournier demande la création de consultations spéciales du soir, ces consultations auraient lieu dans les hôpitaux ou les dispensaires et elles seraient faites par un corps de nouveaux consultants : les syphilologues habitués depuis longtemps par des études spéciales à dépister la syphilis.

La critique de la proposition de M. Fournier est venue spontanément au cours de la discussion. M. Fernet a réclamé pour la tuberculose ce que M. Fournier venait de demander pour la syphilis, car le mal social tuberculeux est en effet plus dangereux que le mal syphilitique. L'on pourrait en dire autant de toutes les maladies transmissibles et nous croyons nous rappeler d'une proposition de M. le Dr Dubois contre la coqueluche datant de quelques années.

Les consultations spéciales telles qu'on les pratique à l'hôpital Saint-Louis ou à l'hôpital Ricord ne pourraient se faire par quartier ; le malade atteint de syphilis ne tient nullement à divulguer sa maladie et il préférera souvent ne pas se soigner que de faire savoir à ses voisins qu'il va à la consultation spéciale du dispensaire. D'autre part, si la syphilis est parfois difficile à dépister, nous doutons que le soir dans une salle de consultations même bien éclairée, il soit facile de constater une roséole légère ou toute autre éruption peu intense.

M. Fournier propose la création de syphilologues. Nous voulons bien croire que, dans quelques cas, la syphilis échappe à un médecin non spécialiste mais ces cas sont une rare exception. M. Fournier et ses élèves ont instruit de nombreuses générations de médecins praticiens qui reconnaissent tous les jours la syphilis chez leurs clients et pourraient en faire autant dans un dispensaire.

Il n'y aurait plus de raison pour refuser à M. Fernet les « tuberculologues » et pour ne pas créer une spécialité par organe et par maladie. Les malades et les médecins gagneraient-ils à cet émiettement des connaissances et de la pratique médicales ? Nous en doutons fort.

Si quelques maitres très savants et très distingués peuvent concentrer leurs travaux et les nombreuses connaissances générales qu'ils ont acquises à l'étude d'une seule maladie, nous pensons qu'il serait dangereux de voir les médecins ordinaires en faire autant ; la spécialité où ils se cantonneraient ne tarderait pas pour eux à englober toute la pathologie. La spécialisation à notre avis n'est légitime que lorsque l'examen clinique demande la connaissance de moyens d'investigation spéciaux ou quand le traitement exige une technique particulière et une dextérité opératoire qui ne peut être acquise que par une pratique de tous les jours.

Avec beaucoup de raison, M. Hallopeau a fait remarquer à l'Académie qu'il n'était pas nécessaire de créer de nouveaux médecins pour les consultations du soir ; qu'elles pourraient être assurées par les médecins des dispensaires des bureaux de bienfaisance. Nommés au Concours, ils offrent des garanties scientifiques suffisantes. Ils pourraient alléger le soir leurs consultations du matin qui dans les dispensaires comme à Saint-Louis sont tellement encombrées qu'il est matériellement impossible de les faire d'une façon sérieuse. Dans la plupart des consultations des dispensaires (et, à ce sujet nous sommes parfaitement renseignés) il vient en hiver en moyenne 50 à 60 malades. Ces malades, pour être rapidement examinés et munis de l'ordonnance indispensable devraient occuper le médecin au minimum durant dix minutes et ce dernier, pour être consciencieux, devrait mettre 8 ou 10 heures à sa consultation. Notons que pour remplir ces fonctions de distributeur de médicaments plutôt que de médecin, le consultant d'un dispensaire touche moins de quatre francs d'indemnité par séance, soit un peu moins de deux sous par malade. Il est évident que les consultations ne sauraient être utiles, faites dans de telles conditions, et que le mal dont M. le Pr Fournier se plaint à Saint-Louis, sévit dans tous les dispensaires de Paris. Il importe d'y remédier. Pour cela il serait urgent de doubler les consultations du soir et d'indemniser d'une façon un peu moins... parcimonieuse le médecin consultant qui pourrait ainsi consacrer plus de temps au service du dispensaire.

Peut-être serait-il pratique de donner des indemnités proportionnelles au nombre des consultations données, comme le département de la Seine paraît-il, l'a mis en pratique pour les vaccinations. Il y aurait encore d'autres mesures à prendre, mesures que les médecins ne cessent de réclamer, c'est le contrôle sévère des malades qui vont bénéficier des consultations gratuites. Les consultations des hôpitaux sont toujours encombrées de gens aisés, même riches ; les exemples sont trop nombreux pour être cités ; c'est là une des causes de l'encombrement de Saint-Louis, non la moindre ; et nous souhaitons vivement que les plaintes de M. le Pr Fournier ouvrent sur cet abus les yeux à l'Administration et au Conseil municipal. Si l'on ne porte pas remède à cet état de choses, les consultations des dispensaires et surtout des hôpitaux, continueront à être de plus en plus mal faites et l'Assistance médicale parisienne sera une hypocrite apparence et non une réalité.

J. Noir.

Libéralisme anglais : Saisie d'ouvrages scientifiques.

Ce qui suit mérite mieux qu'une place aux *Faits divers* et doit être mis en pleine lumière :

Le 19 décembre la police anglaise, nous assure-t-on, a saisi tous les exemplaires de la traduction du livre de M. Ch. Féré, « *La Pathologie des émotions* » sous prétexte que ce livre est *obscène* et tend à *corrompre la morale* des sujets de Sa Majesté britannique. La police a saisi en même temps le deuxième volume de l'ouvrage de Havelock Ellis : « *Studies in the Psychology of sex.* »

Si nous ne tenions pas ces renseignements d'une source certaine, nous aurions douté de leur exactitude. Malheureusement le doute n'est pas permis. Nous attendons l'opinion de la presse médicale anglaise sur cette étrange mesure qu'on aurait pu croire impossible à notre époque (1). BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 décembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE P[r] MÉGNIN.

M. le D[r] LABORDE expose ses nouvelles études sur les *tractions rhythmées de la langue*; au moment où le cœur du chien ne présente plus que de petites contractions avortées, terminales, les tractions rhythmées exécutées de cinq à dix fois amenèrent d'abord la contraction du diaphragme, puis les mouvements du cœur.

M. VAQUEZ, au nom de MM. BUSQUET et CRESPIN (d'Alger), présente une note sur la prétendue *immunité des Arabes pour la fièvre typhoïde*. Beaucoup d'Arabes présentent la réaction agglutinante de Widal dans la proportion d'un tiers d'hommes sains ou atteints d'autres maladies; en étudiant le passé pathologique de ces individus on a pu reconnaître l'existence chez eux de véritables infections éberthiennes plus ou moins intenses.

M. GUIAST étudie le rôle pathogène de l'*ascaris lumbricoïdes* dans l'intestin de l'homme; il croit que ces helminthes sont capables de déterminer des ulcérations de la paroi intestinale qui serviront de point d'entrée aux infections ; à l'endroit où il vit, on voit souvent de l'injection vasculaire fine, semblable à l'entérite érythémateuse; comme la matière où vit l'helminthe est septique, on comprend que cette ulcération produite par la morsure pourra s'envenimer, déterminer un abcès, ou des entérites variées; parfois même de la fièvre typhoïde.

M. P. VIOLLET a poursuivi les recherches faites par M. Strauss sur la présence du *bacille de Koch* dans le mucus nasal. M. Viollet a inoculé chez des cobayes, dans les fosses nasales le bacille de Koch; ces animaux ont succombé cinq à six semaines après l'inoculation d'infection tuberculeuse; le mucus prélevé dans les fosses nasales recélait le bacille; donc le mucus nasal n'est pas microbicide.

M. MAUREL établit expérimentalement que : 1° sous l'influence des variations de température dues aux saisons, les différences de dépenses de l'organisme peuvent être considérables (de 176 à 104 calories) par jour et par kilogramme de poids ; 2° l'organisme animal est très sensible à ces variations de température il a toujours suffi, en effet, d'une différence de deux degrés dans les températures mensuelles moyennes pour faire varier ses dépenses; 3° pour une même espèce animale, toutes conditions égales d'ailleurs, les dépenses par kilog. sont d'autant plus grandes que l'animal est plus petit.

Elections. — Sont élus :

Vice-présidents : MM. Kaufmann et Troisier. — *Secrétaires* : MM. Capitan, Desgret, Mesnil. — *Conseil* : MM. Bourquelot, Dupuy, Gellé, Mangin, Malassez, Mégnin. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 décembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. LE P[r] PANAS.

Le mode d'action des tractions rythmées de la langue.

M. LABORDE par une expérience fort élégante démontre que les tractions rythmées de la langue agissent par voie réflexe. Si on place une canule à robinet dans la trachée d'un chien de façon à fermer l'accès de l'air, on voit les mouvements respiratoires et circulatoires s'arrêter au bout d'un certain temps. On peut, par la radioscopie, vérifier l'arrêt complet du diaphragme et des ventricules ; il subsiste seulement de petites ébauches de contractions des oreillettes. Si alors on pratique les tractions rythmées de la langue, on voit les mouvements du diaphragme et du cœur reprendre presque en même temps, quoique l'accès de l'air continue à être interdit. Il s'agit donc bien évidemment d'une action réflexe.

L'anti-éthyline.

MM. BROCA, SAPELIER et THIBAUT sont parvenus a produire chez le cheval l'accoutumance à l'alcool, absorbé de bon gré par la voie buccale. Son sang a fourni un sérum qui, injecté à des animaux ayant pris préalablement l'habitude et même le goût de l'alcool, a produit chez ces animaux un dégoût tel de l'alcool, qu'ils ont préféré s'abstenir de boisson ou de nourriture plutôt que de continuer d'absorber l'alcool. Les essais cliniques, faits chez les buveurs ou alcoolomanes, ont confirmé les résultats expérimentaux obtenus sur les animaux. L'alcoolomane traité par l'anti-éthyline perd le goût de l'alcool, des boissons fortement alcoolisées comme l'absinthe, l'eau-de-vie, le rhum; il peut même en avoir le dégoût et en perdre l'accoutumance. Il conserve le goût du vin, il retrouve l'appétit, les forces. L'action de l'anti-éthyline semble bornée à la période latente de l'intoxication alcoolique chronique qu'on peut appeler alcoolomanie. Jusqu'à présent l'anti-éthyline s'est montrée impuissante à faire rétrocéder les altérations organiques dues à l'action de l'alcool.

Diphtérie primitive de la conjonctive traitée et guérie par le sérum de Roux.

Dans ce fait de M. Hennecart et F. Terrien la guérison fut obtenue à la fois par injection et instillation locale de sérum. La diphtérie de la conjonctive se comporte donc comme les autres diphtéries.

L'urétrostomie périnéale.

M. PONCET rapporte 23 cas d'urétrostomie périnéale faites pour des rétrécissements incurables de l'urètre. Les résultats fonctionnels ont été excellents. Les douleurs et la difficulté de la miction sont entièrement supprimées.

Epithéliomes sébacés multiples.

M. PONCET communique ensuite au nom de MM. LUMIÈRE et BÉRARD un cas d'épithéliomes sébacés multiples. Il présente des photographies stéréoscopiques en couleur obtenues par un procédé nouveau.

Renouvellement partiel des commissions permanentes,

Epidémies : MM. Hérard, Railliet. — *Eaux minérales* : MM. Gautier, Proust, Laveran. — *Remèdes secrets* : MM. Hallopeau, Fernet. — *Vaccine* : MM. Kelsch, Blache. — *Hygiène de l'enfance* : MM. Ribemont-Dessaignes, Budin. A.-F. PLICQUE.

(1) Ceux de nos lecteurs qui voudraient avoir une idée du mal fondé de la police anglaise, pourront se procurer le beau livre, scientifique, de M. le D[r] Ch. Féré, à la librairie Alcan, boulevard Saint-Germain. 108. (In-8 de 608 pages; prix : 12 fr.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 décembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Traitement des parotidites

M. Paul CLAISSE a observé deux cas de parotidites survenues l'une au cours d'une appendicite, l'autre chez un urinaire. Une stomatite antérieure a démontré la marche d'une infection ascendante indiscutable. Malgré les lavages antiseptiques de la bouche, l'infection a continué de se développer et elle n'a cédé que sous l'influence d'injections sous cutanées de sérum artificiel. M. Claisse conclut que si l'antisepsie de la bouche reste insuffisante dans le traitement des parotidites, il faut exciter la sécrétion salivaire par des injections de sérum artificiel. Ce traitement serait utile à administrer pour les parotidites de la fièvre typhoïde qui sont si souvent fatales.

M. WIDAL sans vouloir diminuer la gravité des parotidites infectieuses de la fièvre typhoïde est persuadé qu'elles ne comportent pas toujours un pronostic aussi sombre; il en cite un exemple qu'il a pu personnellement observer.

M. ACHARD a observé à Bicêtre un hémiplégique atteint de fluxion parotidienne au cours d'une pneumonie aiguë. La parotidite était volumineuse et fluctuante au point qu'un chirurgien appelé, songeait à l'inciser. Cependant l'opération ayant été différée de deux jours, la tuméfaction durant cette période diminua considérablement, puis elle guérit spontanément.

Intoxication alimentaire d'apparence typhoïdique avec accès fébriles intermittents

M. RENDU rapporte un cas d'intoxication alimentaire d'aspect typhoïdique, survenue brusquement avec angine rouge, rash exanthématique scarlatiniforme symétrique et œdème des extrémités. Le malade présentait en outre de l'albumine et de l'indican dans l'urine et une diarrhée profuse et fétide. La fièvre chez lui affectait la forme des accès paludéens du type tierce, avec intervalles apyrétiques absolus, et la quinine avait sur ces accès une action très nette. Cependant l'impaludisme ne pouvait être considéré comme cause de la fièvre. La maladie dura 15 jours et le malade avait perdu 4 kilog. de son poids. La cause alimentaire ne paraît pas douteuse, car ce malade dans la détresse la plus profonde, se nourrissait de déchets innomables.

M. DU CASTEL met en doute l'origine alimentaire de la maladie à cause de sa durée.

M. RENDU répond qu'évidemment il n'a pas la preuve tout à fait absolue de l'origine alimentaire, mais il ne voit pas alors dans quelle catégorie de maladie doit être classée celle qu'il a observée. L'intérêt principal de sa communication est la forme intermittente de la fièvre dans cette intoxication.

Radioscopie des organes thoraciques

M. VARIOT, en son nom et en celui de M. CHICOTOT, fait part à la Société d'observations sur l'examen radioscopique des organes thoraciques plus particulièrement dans la pneumonie franche et la broncho-pneumonie des enfants. L'opacité de l'ombre des noyaux de pneumonie lobaire est très intense. La bronchite capillaire ne donne lieu qu'à une très vague diminution de transparence peu nette. Dans la broncho-pneumonie l'opacité est plus nette. Dans les congestions pulmonaires consécutives aux cardiopathes, le parenchyme pulmonaire est moins transparent, mais cette diminution de la transparence n'est pas très accentuée. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 décembre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

Traitement des kystes hydatiques.

M. DELBET présente un rapport sur une communication de M. Jonnesco, sur la suture sans drainage, des kystes hydatiques du foie. Sa communication comporte 4 observations dans lesquelles les suites opératoires furent fort simples ; le procédé de M. Jonnesco est celui de Boberon ; il n'a pas fait le capitonnage; M. Delbet fait remarquer à ce sujet que le capitonnage n'a jamais été pour lui, qu'un moyen, pour remédier à la marsupialisation, ou au procédé de Billroth (qui remplit la cavité d'une émulsion iodoformée) ou enfin au procédé de Boberon ; le capitonnage pour M. Delbet, ne doit s'adresser qu'aux gros kystes, tandis que dans les petits il est absolument inutile ; dans ces derniers cas d'ailleurs, M. Delbet les réduit simplement et il l'a fait avant Boberon; cette réduction il l'a pratiquée, dans les kystes très petits, sans suture de la poche ; dans les kystes plus gros, il fait au contraire la fermeture de la poche avant sa réduction. Quant aux kystes très gros il en fait, si possible, le capitonnage et il présente à ce sujet une observation toute récente de kyste thoraco-abdominal très volumineux et où le résultat fut excellent.

M. JONNESCO conclut que dans les kystes peu volumineux, la simple fermeture suffit. Dans les kystes très volumineux, il faut faire le capitonnage.

M. DELBET ajoute qu'il est un autre point, plus important que le volume, c'est la souplesse plus ou moins grande de la paroi kystique; cette paroi est elle souple, il suffit de fermer la poche. Au contraire, si elle est épaisse et peu extensible le capitonnage est indiqué. Quand aux autres conclusions, le lavage avec du simple sérum artificiel, la marsupialisation si le kyste est suppuré, ce sont là les conclusions données par M. Delbet lui-même. Y-a-t-il un traitement médical des kystes hydatiques? M. Jonnesco déclare, que non ; c'est aussi l'avis de M. Delbet, qui pense que la comparaison entre la ponction et les injections modificatives d'une part et le traitement chirurgical précédemment décrit, la comparaison ne saurait se soutenir.

M. TUFFIER est absolument de l'avis de M. Delbet et dans deux observations il a suivi sa pratique ; cependant, dans les deux cas, n'ayant pu enlever la membrane hydatique, il a dû faire un grattage et un lavage au sublimé.

Médication thyroïdienne dans les fractures non consolidées.

M. GUINARD désire s'associer aux réserves faites par M. Potherat, au sujet de la médication thyroïdienne dans les fractures non consolidées ; M. Guinard apporte, à l'appui de ses idées, une observation dans laquelle, après deux ans de non consolidation, il fit une suture osseuse, suivie d'insuccès; le traitement thyroïdien fut institué, et malgré cette thérapeutique qui fut suivie pendant un mois, il n'y eût aucune espèce d'amélioration.

M. POIRIER a deux nouveaux cas traités par la médication thyroïdienne ; dans un cas il n'y eût aucune espèce de résultat, dans un autre, au contraire, la consolidation fut obtenue.

M. ROCHARD présente un cas où la médication thyroïdienne ne donna également aucun résultat.

Traitement des fractures.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, à l'occasion de la communication récente de M. Tuffier, déclare que depuis fort longtemps il a fait les mêmes constatations; les appareils inamovibles ne donnent pas de résultats très bons au point de vue du col et même au point de vue fonctionnel les radiographies présentées par M. Tuffier confirment le fait. Mais M. Lucas-Championnière fait remarquer que l'image radiographique est une cause d'erreur extrêmement importante et qu'il faut savoir l'interpréter, l'image déformant le col déjà déformé.

M. POIRIER présente un malade auquel il a enlevé un épithélioma de l'estomac et qui a augmenté de 13 livres depuis l'intervention; tout le champ ganglionnaire a été enlevé et l'examen microscopique fait par M. Cunéo, a montré que ces ganglions étaient néoplasiques ; cela infirme donc l'opinion que l'on avait émise, il y a déjà longtemps, à savoir que l'épithélioma de l'estomac n'aime pas les ganglions. Il en découle enfin cette conclusion pratique que, dans tout néoplasme de l'estomac, il faut enlever les ganglions.

M. TUFFIER pense que cette extirpation ganglionnaire est d'autant plus nécessaire que ces ganglions peuvent être le point de départ d'accidents nouveaux. SCHWARTZ.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. LE Dr NOIR.

XVIII. — Le Massage thérapeutique; par M. HUGON. (Vigot frères, édit., 1900.)

XVIII. — Le massage tient une place importante en thérapeutique et en hygiène, mais ses applications surtout chez les malades ne doivent pas être laissées à la disposition de manœuvres ignorants ; le médecin doit en régler lui-même la pratique qui diffère selon l'affection, le tempérament du malade et les effets qu'on désire obtenir. Aussi malgré le nombre des manuels de massage, la lecture du livre de M. le Dr Hugon, bien que le dernier venu, mérite d'être recommandée. Beaucoup de praticiens en effet, ignorent trop les excellents effets des agents physiques sur les maladies ou les emploient souvent un peu au hasard ; c'est ce qui a lieu pour le massage comme pour l'hydrothérapie.

M. Hugon, au début de son livre, expose des considérations générales sur la massothérapie, ces considérations historiques pour la plupart, malgré leur intérêt, ne sauraient être analysées.

La *technique opératoire* fait l'objet d'un second chapitre où l'auteur expose tour à tour les manipulations qu'exigent l'effleurage, la friction, le pétrissage, le tapottement et les vibrations et qui n'offrent rien de nouveau, si ce n'est pour les vibrations. A ce propos, M. Hugon insiste sur l'usage d'un instrument spécial, le vibrateur, qui, d'aprés le Dr Bourcart, donnerait de bons résultats en gynécologie. Nous ne nous étendrons pas sur les conseils de douceur et de patience dont le masseur doit toujours se rappeler, sur la progression ascendante des manipulations qui seraient mal tolérées si elles étaient brutales et fortes dès le début.

L'action physiologique du massage est depuis longtemps étudiée et connue si elle n'est pas toujours bien expliquée. Le système digestif est influencé favorablement grâce au réveil de la contractilité, à l'accélération de sa circulation, à l'excitation de son innervation, phénomènes qui déterminent une augmentation des sécrétions. Suivant que les manipulations sont douces ou violentes, le système nerveux est calmé ou excité par le massage qui joue un rôle analogue à celui de la douche. La circulation est augmentée et régularisée ; quant aux muscles, les pratiques de massothérapie, produisent des contractions de toutes leurs fibres, augmentent leur vitalité par un apport plus considérable des éléments nutritifs et accélèrent l'élimination des produits de la dénutrition. L'action sur les secrétions est très manifeste mais est secondaire, due soit à l'augmentation circulaire, soit à l'excitation nerveuse.

Après cet examen rapide du massage au point de vue général, M. Hugon dans une seconde partie aborde la massothérapie particulière. Nombreuses sont les indications de ce traitement. Citons dans les maladies du systòme digestif, la dyspepsie, la gastralgie, la dilatation de l'estomac, les vomissements de la grossesse, la constipation, l'entérite chronique, la lithiase biliaire. Nous nous permettrons de faire remarquer que si le massage dans certains de ces troubles digestifs est utile, il n'agit dans certains autres, comme certaines dyspepsies et surtout dans les vomissements do la grossesse que par la suggestion, ce qui du reste n'est pas une raison pour ne pas l'appliquer.

Dans les maladies des reins, lo massage général peut être utile dans des cas de congestion passive; le massage local peut ramener à sa place le rein flottant et éviter les effets dangereux de la torsion de l'uretère. L'auteur prétend encore avoir obtenu de bons résultats dans les néphrites aiguës, dans le mal de Bright où il active les fonctions de la peau, dans les coliques néphrétiques. Dans les affections vésicales, on peut avoir recours au massage par l'abdomen, le périnée et le rectum ; il est nécessaire que la vessie soit presque vide pour pratiquer sans danger les manipulations. Le catarrhe vésical, l'atonie, la parésie, l'incontinence nocturne, la rétention par hypertrophie prostatique peuvent être ainsi heureusement modifiées.

M. Hugon consacre un long chapitre au massage gynécologique et rappelle les succès de la méthode de Thure-Brandt où le massage est associé à la gymnastique. Le massage gynécologique pour être efficace demande des connaissances spéciales de la part de celui qui l'opère. Les manœuvres sont surtout externes et se pratiquent avec la main droite, tandis que un ou deux doigts de la main gauche introduits dans le vagin ne serviront qu'à maintenir l'organe contre la paroi de l'abdomen. On débute généralement par l'effleurage analgésique, puis l'on fait des frictions ou des vibrations au moyen d'un appareil spécial ou du bord cubital de la main. Les séances ne doivent pas dépasser vingt à trente minutes, elles seront d'abord quotidiennes, puis espacées de plus en plus à mesure que l'amélioration se produit. Dans les affections de la muqueuse et du parenchyme utérin, les frictions, les pétrissages légers et les vibrations amènent dans beaucoup de cas la guérison. Dans les salpingo-ovarites, les manipulations seront très légères et les effleurages très doux arrivent promptement à dissiper la douleur.

On peut encore, par des manœuvres appropriées selon les cas, avoir raison des déviations utérines et distendre ou supprimer des adhérences péri-utérines. Dans le prolapsus utérin la massothérapie sera un adjuvant utile à la guérison quand il n'y aura qu'un manque de tonicité des ligaments. Plus brillants et plus rapides seront les effets de ce traitement dans les troubles de la circulation pelvienne. Dans la stérilité, le massage général agira en améliorant la santé de la malade et les manœuvres locales en corrigeant les déviations utérines. Dans les corps fibreux utérins la massothérapie n'aura certes pas une action curative, mais elle pourra être utile sous forme de vibrations exercées sur la tumeur à travers la paroi abdominale.

M. Hugon aborde le traitement des affections nerveuses. Dans les névroses : hystérie, chorée, neurasthénie, dans les névralgies, la migraine, l'irritation spinale, l'on obtient des résultats variables selon les cas et souvent excellents. Il est certain que là, l'élément suggestif a sa bonne part. Dans les maladies de l'encéphale, le massage combat les conséquences de ces affections (atrophie musculaire, arthropathies, raideurs articulaires, etc.). Les maladies de la moelle en bénéficieront au même titre et surtout l'ataxie locomotrice, la paralysie infantile, l'atrophie musculaire progressive, les paralysies spinale antérieure, pseudo-hypertrophique.

Le système respiratoire semble, au premier abord, échapper à cette méthode thérapeutique, cependant M. Hugon affirme avoir combattu avec succès le catarrhe chronique du larynx par l'effleurage et les frictions du cou. Les vibrations bien appliquées donnent ici de surprenantes améliorations. L'empyème, la tuberculose, sont influencées dans certains cas par le massage général. Nous n'insisterons pas sur les effets du massage général ou local selon les cas dans les maladies de l'appareil circulatoire (surtout dans les affections du système veineux et des varices), dans l'anémie et la chloro-anémie, dans les maladies des articulations, des gaines tendineuses, dans les fractures, les affections musculaires, ces effets sont connus de tous. Comme pour l'hydrothérapie, l'effet du massage par excitation de la peau et de la circulation peut améliorer le diabète, l'obésité, les rhumatismes divers, la goutte. On a encore appliqué la massothérapie aux déviations de la colonne vertébrale, aux intoxications, aux maladies des yeux et à celles de la peau, nous ne saurions insister sur chaque cas. Nous nous contenterons de dire en terminant que le livre de M. Hugon, s'il ne donne pas d'aperçus nouveaux en massothérapie expose clairement et nettement les indications et la technique de cette méthode et base toujours ses conseils sur une expérience très grande et des observations scrupuleuses.

XIX. — Du traitement de l'épistaxis; par J. BROECKAERT. (*Belgique médicale*, 1899, n° 51.)

XIX. — Dans le traitement de l'épistaxis, il faut arrêter l'hémorragie et l'empêcher de se renouveler. Le siège le plus ordinaire de l'hémorragie étant sur la cloison près des narines la compression et le tamponnement avec du coton sec aseptique dans la majorité des cas suffiront à l'arrêter. Des mèches de gaze aseptique peuvent donc remplacer avec avantage les tampons. Dans les hémorragies profondes l'on remplira le

mieux possible les anfractuosités du nez, le double tamponnement est rarement utile sauf dans les cas rares d'hémorragie de la cavité rétro-nasale. Les tampons seront laissés durant 24 ou 48 heures selon l'abondance de l'hémorragie. On les retirera avec précaution et ce retrait sera facilité si au préalable, ils ont été enduits de vaseline boriquée.

Il faut si l'épistaxis est fréquente rechercher par un examen rhinoscopique le point qui est le siège de l'écoulement du sang et le cautériser soit à l'acide chromique, soit au galvano-cautère. Les cautérisations au nitrate d'argent sont peu efficaces car l'escarre ainsi produite est trop molle et superficielle. On fera un attouchement soit avec un stylet au bout duquel on aura mis en chauffant une perle d'acide chromique fondu, soit après anesthésie à la cocaïne avec le galvano-cautère porté au rouge sombre. Les attouchements à la cocaïne, à l'antipyrine, à l'eau oxygénée peuvent arrêter les épistaxis mais la cautérisation seule assure la cure radicale et certaine. Il est inutile d'insister sur la nécessité du traitement général si les hémorragies sont abondantes et répétées.

XX. — Formulaire des médicaments nouveaux; par BOCQUILLON-LIMOUSIN. (J.-B. Baillère, édit, 1900).

XX. — M. Bocquillon-Limousin fait paraître la onzième édition de son formulaire, ceci nous dispense d'en faire l'éloge et de répéter ce que nous disons tous les ans, sur le soin que met l'auteur à résumer en de courts articles, les études parues sur chaque médicament nouveau. Parmi les nouveautés pharmacologiques les plus remarquées que M. Bocquillon cite dans son formulaire, signalons le cacodylate de soude, l'héroïne et le vanadate de soude.

XXI. — Traitement de la dysenterie aiguë; par A. MARTIN, méd.-major. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 déc. 1899).

XXI. — M. Martin insiste sur la différence du traitement de la dysenterie et de la diarrhée. Le traitement de la dysenterie doit reposer sur l'asepsie des voies digestives. Les évacuants et les régimes lacté et maigre permettent au début cette aseptie relative. Les antiseptiques chimiques ne font que seconder leur action. L'on emploiera les bains de sièges, la morphine ou l'acide phénique en injections hypodermiques contre la douleur; l'ergotine, l'ergotinine, les injections rectales chaudes simples ou antiseptiques (au naphtol β, au permanganate de potasse, à l'acide borique, etc.) contre les hémorragies. L'éther, la caféine, les injections sous cutanées salines seront données contre l'adynamie et le collapsus.

En aucun cas on n'administrera l'opium par la bouche ou le rectum, ni bismuth, tannin, ratanhia, nitrate d'argent ou acétate de plomb et autres médicaments diminuant les fonctions des glandes intestinales.

BIBLIOGRAPHIE

Cadastre sanitaire, ou statistique médicale du canton de Vaud, *comprenant la climatologie, l'ethnologie, la démographie, les causes des décès, les épidémies, les institutions sanitaires, les établissements hospitaliers, la liste et la biographie des médecins du pays et du canton de Vaud*; par le Dr J. MORAX, chef du service sanitaire du canton de Vaud, membre de la Commission médicale suisse. (Lausanne, Rouge; 1899.)

Le titre de cet ouvrage fait assez présumer, à la fois le haut intérêt scientifique et la foule de données importantes qu'il présente pour le médecin. La tâche que s'est proposé M. Morax (un ancien interne des hôpitaux de Paris, et l'un de nos médecins les plus distingués) eût été, ce me semble, au-dessus des forces d'un seul homme s'il s'était agi d'un pays de grande étendue. Circonscrite à une population de 250.000 habitants, elle était déjà réalisable, non toutefois sans une somme de labeur, de patience et d'érudition qui, à elle seule, constitue un mérite suffisant pour recommander l'œuvre au public médical. M. Morax l'a accomplie, en outre, avec une précision qui permet d'en tirer des conclusions applicables à tous les pays. De même, un nombre relativement faible de faits cliniques bien observés est souvent fécond pour la pathologie générale.

Le pays, ou canton de Vaud, bien connu de l'étranger surtout par la beauté de sa nature, présente, comme le fait remarquer l'auteur, sur une étendue restreinte, plusieurs *climats* différents, grâce à la configuration de son sol très accidenté. Au bord du lac Léman, on jouit d'un climat de plaine, dont la douceur rapproche ce rivage des plages du midi français, en certains endroits particulièrement abrités, comme Montreux. A quelques kilomètres plus loin, c'est le climat de montagne, à des altitudes qui varient de 900 à 1.500 mètres. Le plateau compris entre les Alpes et le Jura offre, avec des altitudes oscillant entre 500 et 900 mètres, plusieurs variétés de climats intermédiaires. La *race* vaudoise, bien que sa pureté, comme dans la plupart des pays, ait été fort altérée par des croisements et des immigrations multiples présente encore néanmoins trois à quatre types différents, reconnaissables. Ajoutez à cela que la partie industrielle et commerçante de la population se trouve, géographiquement, assez nettement séparée de la partie agricole, que les mœurs de celle-ci sont influencées par les divers genres de culture : vous avez saisi l'intérêt qu'offre l'étude de cette population au point de vue nosologique et les conclusions pratiques qui peuvent en découler. On en jugera, — bien que très insuffisamment, — par une courte analyse de ce volume in-4 de 190 pages, qu'accompagnent des graphiques nombreux et instructifs.

Le chapitre de la *démographie* nous parle, entre autres, de *nuptialité* et de la *natalité* dans notre pays. Elles y sont relativement faibles; c'est un de nos nombreux points communs avec la France. Quelles en sont les causes? C'est ce que vous verrez exposé au détail dans l'ouvrage de M. Morax, avec indication des remèdes à la situation. La *mortalité* est étudiée avec soin, séparément dans chacune des 19 circonscriptions administratives ou « districts » du canton, sur documents statistiques officiels, dont les plus anciens remontent à un peu plus d'un siècle. L'auteur met en lumière, à ce propos (comme aussi dans les paragraphes suivants, qui concernent la morbidité), l'influence de l'altitude, de la proximité de la grande nappe d'eau du Léman; du genre de culture (la vigne, par exemple, ne paraît point avoir l'influence néfaste que lui attribuent certaines doctrines outrées). Une des conclusions remarquables de M. Morax, c'est que, bien que notre pays occupe un rang fort honorable au point de vue sanitaire, il perd encore trop d'enfants et d'adolescents, « fauchés par des maladies évitables, qui composent le 20 0/0 du tribut mortuaire annuel ». Cet état de choses peut et doit disparaître devant les efforts de l'hygiène, qui ont déjà abaissé notablement le taux de la mortalité depuis le siècle passé (d'environ 3 p. 1.000). Relevons encore ici trois graphiques intéressants, qui montrent la mortalité générale suivant les mois (maximum en mars, minimum en octobre), les causes générales des décès suivant les organes atteints (maximum, affections des voies respiratoires, minimum, maladies de la peau), et la mortalité générale suivant les saisons (maximum au printemps, minimum en automne).

La deuxième partie (*pathologie*) nous donne un inventaire complet des diverses maladies qui frappent la population vaudoise et de leurs ravages. Des graphiques, des comparaisons avec les chiffres fournis par d'autres pays nous montrent clairement que notre situation sanitaire, on peut le répéter, n'est point mauvaise. Nous perdons cependant, malgré les progrès de la science, encore trop d'enfants en bas âge (surtout d'*entérite*). La *tuberculose* nous épargne, d'une façon relative (notamment les populations agricoles des hautes altitudes) : nous n'avons, annuellement, que 18 décès environ pour 10.000 âmes, tandis que l'Allemagne en accuse 31, la France 33 (pour la population citadine), l'Autriche, plus de 37. Chacun fera son profit des excellentes « mesures préventives d'hygiène contre la tuberculose » indiquées par l'auteur. — La statistique de la diphtérie démontre nettement l'influence bienfaisante de la sérothérapie. Celle des progrès de l'hygiène est attestée par la diminution de la mortalité par *fièvre typhoïde*, tombée, en un siècle, du 7 0/0 du nombre total des décès au 0,7 0/0. Celle de la vaccination antivariolique ressort de la très grande rareté des décès par variole. Cette maladie n'aura bientôt plus, chez nous, qu'un intérêt historique, tandis qu'au siècle passé elle faisait, à elle seule, autant de victimes que n'en font de nos jours toutes les *maladies zymo-*



AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Editeurs, que tous les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires**, seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un** seul **exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au RÉDACTEUR EN CHEF, 14, rue des Carmes.

Pour les annonces, s'adresser à
M. A. ROUZAUD
14. rue des Carmes, 14

COMPAGNIE DU CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Améliorations dans le service des trains sur les lignes de Paris à Bordeaux et de Paris à Nantes et au Croisic.

Depuis le 1er juillet dernier, la durée du trajet entre Paris et Bordeaux qui était de près de 8 heures avec le train rapide de jour, est abaissée à 7 h. 5 dans un sens et à 6 h. 59 dans l'autre ; elle descendra même à 6 h. 42 avec le train de luxe Sud-Express. La distance étant de 578 kilomètres, cela fait, y compris le stationnement aux quatre arrêts intermédiaires d'Orléans, Tours, Poitiers et Angoulême, une vitesse commerciale de 86,5 kilomètres à l'heure qui n'a pas encore été atteinte sur le continent pour des trajets de cette longueur.

Les voyageurs de 2e et 3e classe bénéficieront d'améliorations analogues. Ils auront à leur disposition entre Paris et Bordeaux trois express par jour dans un sens et deux dans l'autre, dont certains ne mettront que 8 h. 30 et 8 h. 45 au lieu de 9 h. 38 et 9 h. 54.

Sur la ligne Paris et Nantes et au Croisic, il va être créé un nouveau train rapide de jour qui ne mettra entre Paris et Nantes que 5 h. 23 au lieu de 7 h. 20 et entre Paris et Le Croisic que 7 h. 1/2 au lieu de 10 h. 45. Les express à trois classes seront eux-mêmes considérablement accélérés, ce qui permettra de réduire les anciennes durées de trajet indiquées ci-dessus à 6 h. 41 pour Nantes et 9 h. 42 pour Le Croisic.

Ajoutons que les voyageurs trouveront dans ces trains, sans aucun supplément de prix, de confortables voitures de 1re et de 2e classe à couloir et W. C. toilette.

tiques réunies (19 0/0 du nombre des décès). Il en est de même pour la *peste*, qui après avoir fait de grands ravages dans notre pays au moyen-âge, nous a quittés définitivement avec le XVIIe siècle, un peu plutôt que la *lèpre*.

La mesure de nos vertus et de nos vices nous est donnée par M. Morax dans ses paragraphes sur les *maladies vénériennes* et sur l'*alcoolisme*. Il y a une foule de détails curieux et intéressants, non seulement au point de vue historique, mais aussi à celui de la prévention de ces deux fléaux, qui paraissent aussi diminuer notablement d'intensité. En ce qui concerne spécialement le monopole de l'alcool introduit en Suisse depuis quelques années, l'auteur est d'avis qu'une plus longue expérimentation de ce système permettra seule d'en juger la valeur au point de vue de l'hygiène publique. — Le nombre des *suicides*, qui n'a rien d'exceptionnel chez nous, tendrait à augmenter : « les principales causes en sont l'augmentation des maladies mentales, les passions, l'hérédité et l'âpreté de la lutte pour l'existence. »

La troisième partie (*institutions sanitaires*), après un court historique de l'organisation sanitaire officielle dans le canton de Vaud, nous renseigne de façon complète sur les rouages actuels de ce mécanisme, sur les lois sanitaires, sur les mesures d'hygiène publique (obligation de l'information des maladies transmissibles, immunisation et isolement, désinfection, inhumations et exhumations, hygiène de l'alimentation, de l'habitation, des écoles, etc.). La quatrième nous montre les nombreux efforts, tant de l'Etat que des particuliers, pour soulager et guérir les malades nécessiteux (hôpitaux, infirmeries, dispensaires, cliniques, écoles de garde-malades). Nous disposons d'un lit pour 230 habitants, Il y a là plutôt excès de bien, puisque, en moyenne, chaque lit chôme pendant trois mois de l'année.

Enfin les amateurs d'histoire de la médecine trouveront dans les dernières pages, qui ne sont pas les moins intéressantes, de ce captivant ouvrage, une esquisse historique de l'art médical dans le canton de Vaud, depuis la période celtique et surtout romaine, jusqu'aux temps modernes. Il vaut d'autant plus la peine de la lire qu'elle signale des noms illustres. Notre petit pays a eu sa bonne part de l'éclat qu'ils ont projeté sur notre art, et c'est avec une fierté légitime que nous pouvons revendiquer, entre autres, les Paracelse, les P. Franco, les Fabrice de Hilden et les Tissot, qui, s'ils ne sont pas tous nés sur notre sol, l'ont du moins choisi, pendant leurs meilleures années, comme champ de leur géniale activité.

Dr EPERON.

VARIA

Cinquantenaire de la Société de Biologie

La Société de Biologie a célébré mercredi, 27 décembre, le cinquantième anniversaire de sa fondation, dont nous empruntons au *Journal des Débats* le compte rendu. Une séance solennelle a été tenue, à deux heures, à la Sorbonne, dans l'amphithéâtre Richelieu. Avant cette séance a eu lieu une cérémonie plus intime au Collège de France, où a été inaugurée une plaque commémorative apposée sur le mur du laboratoire où travailla Claude Bernard et sur laquelle sont inscrits ces simples mots :

Dans ce laboratoire a travaillé, de 1847 à 1878, Claude Bernard, professeur de médecine au Collège de France.

Après l'inauguration de la plaque, placée sur le mur situé presque à l'angle de la rue Saint-Jacques, les assistants, au nombre de deux cents environ, se sont rendus dans l'amphithéâtre où professait le grand savant.

Là, en présence de MM. Gaston Boissier, secrétaire de l'Académie française, le Dr Bouchard, président de la Société de Biologie ; Léon Bourgeois, ancien ministre ; des professeurs du Collège de France, et d'anciens élèves de Claude Bernard, deux brèves allocutions en hommage à la mémoire de ce dernier ont été prononcées par MM. Gaston Paris, administrateur, et d'Arsonval, professeur au Collège de France.

La séance solennelle à la Sorbonne était présidée par M. Georges Leygues, Ministre de l'Instruction publique, assisté de MM. Bouchard et Gley, président et secrétaire général de la Société. Sur l'estrade avaient pris place des délégués des Sociétés de Biologie et de physiologie étrangères : MM. Blumenthal (de Berlin) ; Weller (de Londres) ; Heger (de Bruxelles) ; Prévost, (de Genève), etc.

M. le Pr Bouchard a, d'abord, souhaitée la bienvenue à M. G. Leygues, puis M. Gley a fait une intéressante conférence sur les résultats obtenus par la Société de Biologie. M. Leygues a ensuite prononcé un éloge, fort applaudi, de cette Société et a remis les distinctions suivantes : Officier de la Légion d'Honneur, M. Mathias Duval, professeur à la Faculté de Médecine ; chevalier, M. Gréhant, professeur au Muséum ; officier de l'Instruction publique, M. Capitan, secrétaire annuel de la Société.

Nous adressons nos plus vives félicitations à MM. MATHIAS DUVAL, GRÉHANT et CAPITAN, nos collègues de la Société de Biologie, nos amis et collaborateurs des *Archives de Neurologie* et du *Progrès médical*. Il s'agit là de récompenses vraiment méritées et que nul ne peut critiquer.

Le soir, les « biologistes » se sont réunis en un banquet au Grand-Hôtel.

Le concours de l'Internat.

L'affaire de Beaujon ne paraît pas avoir fait un pas, et aucune décision n'est encore prise par le Gouvernement au sujet du concours. Les soupçons frappent tantôt l'un, tantôt l'autre, à tort et à travers, nuisent à beaucoup d'innocents en attendant la découverte des vrais coupables. Le *Matin* du 28 décembre publie la lettre de protestation suivante :

Mercredi soir.

Monsieur le directeur,

Vivement ému d'avoir entendu en plusieurs endroits citer mon nom, comme pouvant être celui de l'auteur présumé de l'attentat de Beaujon, j'ai demandé à M. de Valles, juge d'instruction, de m'entendre à ce sujet et de faire une enquête sur moi, s'il le juge nécessaire, afin de faire cesser au plus vite ces odieuses calomnies. Je vous demande, M. le Directeur, de vouloir bien insérer ma lettre dans votre journal *Le Matin*, et je vous adresse avec tous mes remerciements, mes salutations empressées.

H. DUCLAUX, externe des hôpitaux, 133, boulevard, Raspail.

D'autre part M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté, a cru devoir rectifier les propos qu'on lui a prêtés dans la lettre ci-dessous adressée à la *Gazette des hôpitaux*.

Monsieur le directeur et cher confrère,

Je lis dans le numéro du 19 octobre de la *Gazette des Hôpitaux* des phrases extraites, paraît-il, d'un journal politique que je n'ai pas lu. Je tiens à protester de suite contre les passages que vous citez, dans lesquels sont dénaturées mes opinions et mes affirmations. J'ai pu dire que, lorsque je concourais, il y a, hélas ! 40 ans, quelques chefs de conférences, sept ou huit, entraient dans l'amphithéâtre et sortaient dès que la question écrite était tirée de l'urne et lue par le président, qu'il en était encore ainsi quand j'ai été juge en 1872 ; j'ai pu ajouter que c'était une irrégularité, qui, d'ailleurs, ne présentait aucun inconvénient.

On a affirmé devant moi, mais je ne le sais pas personnellement, n'ayant pas été juge depuis 1872, que le nombre des jeunes gens non concurrents qui pénètrent dans la salle est très nombreux, que leur sortie s'accomplit difficilement et qu'ils rentrent avant que les copies ne soient toutes remises.

Quelques candidats ont pensé qu'il y avait possibilité de communications fâcheuses entre les concurrents et leurs amis. Ils s'en sont plaints. Comme il n'y a aucun intérêt à ce que les personnes étrangères au concours pénètrent dans la salle où se fait la composition écrite, j'ai appuyé la proposition faite au Conseil de surveillance de ne laisser entrer à l'avenir que les seuls concurrents.

Cette mesure supprimera une des causes des suspicions invoquées contre un concours qui est certainement le moyen le plus précieux que nous ayons pour maintenir le niveau des études médicales de l'Ecole de Paris.

Agréez mes sentiments dévoués. P. BROUARDEL.

Les internes des hôpitaux se sont réunis et ont envoyé une délégation à M. Waldeck-Rousseau. Les *Débats* du 27 décembre donnent le compte-rendu suivant de cette démarche :

M. Waldeck-Rousseau, président du Conseil, a reçu hier matin, les quatre internes délégués par leurs camarades des hôpitaux pour lui soumettre le vœu émis à l'unanimité par les salles de garde, relativement au concours de l'internat.

M. Waldeck-Rousseau, qui, en principe, était partisan de la solution, — la plus équitable à première vue, — d'un concours partiel complémentaire pour ceux des candidats dont les copies ont

été détériorées, a paru très ébranlé par les arguments que les délégués des internes des hôpitaux ont fait valoir en faveur du recommencement complet et intégral du concours.

M. Waldeck-Rousseau a réservé sa décision.

Le *Progrès Médical* persiste à trouver le concours partiel complémentaire comme le moyen le plus équitable de réparer les conséquences de l'affaire *criminelle* de Beaujon. Le recommencement complet et intégral du concours sacrifie très injustement les candidats militaires qui n'ont certes pas pris part au cambriolage de Beaujon et permet aux malfaiteurs de repasser les épreuves de l'Internat, peut-être avec chances de succès.

D'autre part, il est temps que cette affaire soit définitivement réglée et qu'on en finisse une bonne fois et, malgré nos préférences, la solution la plus prompte sera pour nous la meilleure. On pourrait trouver étrange qu'on mette aussi longtemps pour prendre une décision et plus étrange encore qu'une enquête judiciaire bien menée pour un délit de ce genre et commis avec aussi peu de précautions et de prudence reste sans résultats. La Justice aura-t-elle de la peine à s'acclimater en France ? J. N.

A propos des Mutations dans les Hôpitaux.

M. le Directeur de l'Assistance publique vient d'adresser aux chefs de service les observations suivantes au sujet des changements des services médicaux :

Le Directeur de l'Administration Générale de l'Assistance Publique à MM. les Directeurs des Hôpitaux.

Paris, le 14 décembre 1899.

Monsieur le Directeur,

Je suis informé que ceux de nos chefs de service qui viennent de changer d'établissement avaient emmené avec eux et sans que les autorisations administratives n'aient précédé ces mouvements, leurs internes et même quelques-uns de leurs externes. Il en est résulté que les cadres de divers services se sont trouvés désorganisés, fait d'autant plus regrettable que l'administration par le fait même qu'elle n'était pas avertie de ces mutations n'a pas pu combler en temps utile les vacances qui ont pu ainsi se produire.

Sans vouloir revenir sur ce qui s'est passé, je vous prie, en prévision des mutations qui vont avoir lieu à la fin de ce mois, de rappeler en mon nom à MM. les chefs de service et à MM. les élèves que toute mutation ou permutation doit être autorisée par moi avant d'être effectuée et que, lorsqu'ils changent d'établissement, MM. les chefs de service ne peuvent emmener avec eux leurs élèves, ces derniers étant attachés non au chef mais au service.

Ce principe établi, j'ajouterai que je suis néanmoins, tout disposé à autoriser des mutations entre élèves à l'occasion des prochains mouvements dont il s'agit, mais sous la réserve formelle que ces mutations m'auront été demandées préalablement et par consentement unanime des élèves et des intéressés. *Le Directeur*, Dr H. NAPIAS.

Les épidémies.

La peste au Portugal.

Lisbonne, 26 décembre. — Un soldat du 5e d'infanterie, caserné à Lisbonne, qui était revenu d'Oporto, il y a cinq jours, après avoir été employé sur le port à charger des navires, a été atteint de la peste bubonique. Ce soldat et la compagnie à laquelle il appartient ont été transférés au lazaret. D'autres mesures sanitaires ont été prises.

Oporto, 26 décembre. — On a enregistré deux cas de peste dans la même maison. A l'hôpital, vingt-trois pestiférés sont en traitement.

La dysentérie au Natal.

La dysentérie ferait de nombreuses victimes à Ladysmith, tant dans la ville assiégée que dans le camp des Boërs.

Club médical de Paris.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos Confrères de Paris et de la Province que le Projet tenté, à différentes reprises, de la constitution d'un Club Médical vient enfin de se réaliser sous la forme d'un Groupe Professionnel spécial du Cercle National. Son but est d'entretenir, entre tous ses Membres, des relations cordiales et suivies, basées sur l'estime et la confiance réciproques, de créer un Centre professionnel ouvert aux Membres du Corps Médical Parisien et d'offrir une courtoise hospitalité aux Médecins de Province et de l'Etranger, en déplacement temporaire à Paris. Son Siège est, 5, Avenue de l'Opéra, dans une dépendance particulière du Cercle National.

Peuvent en faire partie, tous les Docteurs en Médecine reçus dans une Faculté Française. (Art. 7 du Règlement).

Art. 8. — Le nombre de ses Membres est illimité.

Art. 9. — La présentation d'un Candidat doit être faite par deux Membres du Comité.

Art. 10. — L'admission est précédée de l'affichage 15 jours d'avance. Elle est prononcée par le Comité après enquête et rapport, à la majorité des 4/5e des Membres présents ou représentés.

Art. 13. — Des Cartes spéciales seront délivrées, pour la durée de leur séjour à Paris, aux Médecins de Province et de l'Etranger qui en feront la demande.

Un Bureau spécial aura pour mission de prévoir et d'effectuer, à des prix convenables, la location et retenue des appartements pour les Médecins visiteurs de l'Exposition, qui s'adresseront à lui. Il fournira à ces Médecins, pendant la durée de leur séjour à Paris, les renseignements professionnels et scientiques sur les Cours de Facultés ou autres, Services hospitaliers, Congrès médicaux, Sociétés scientifiques et médicales, etc.

Adresser toute demande d'admission au Dr Doléris, Secrétaire Général, 5, Avenue de l'Opéra.

Défense de cracher...

En mai dernier, le Conseil municipal renvoyait à la 6e commission une proposition de M. Fortin, « invitant à s'abstenir de cracher sur les trottoirs ». Cette proposition qui eût paru ridicule il y a quelques années a été, à juste titre, prise en considération par la 6e commission, qui a décidé qu'elle soumettrait au Conseil le projet de délibération suivant :

Le Conseil, considérant que la projection des crachats sur la voie publique est l'un des agents les plus actifs de la propagation de la tuberculose et autres affections contagieuses; considérant qu'une réforme en ce sens des habitudes du public serait très favorable à la décence et à la propreté de nos voies et de nos promenades; délibère : des plaques émaillées, de dimension suffisante pour être lisibles de loin, seront apposées dans les principales voies de Paris et établissements publics. Elles porteront l'inscription suivante :

AVIS

Dans l'intérêt de la population et pour éviter la propagation des maladies contagieuses, on est prié de ne pas cracher sur le trottoir.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement : DOUZE FRANCS. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste. Les mandats doivent être faits au nom du* **Progrès médical** *ou de* **M. Rouzaud**, *administrateur.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée à** *partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

FORMULES

XXXVIII. — Contre l'endométrite et les ulcérations du col.

Euphorine . . . . 5 grammes.
Traumaticine . . . . 20 —

En badigeonnages :

Euphorine . . . . 5 grammes.
Huile d'amandes douces . . . . . 100 —

ou encore :

Euphorine . . . . 5 grammes.
Alcool . . . . 50 —

(Bocquillon-Limousin).

XXXIX. — Contre l'anorexie des tuberculeux.

Vanadate de soude . . . } ââ 0 gr. 05 centigr.
Arséniate de soude . . . }
Glycérophosphate de soude . 10 grammes.
Elix,r de Garus . . . . . 300 —

Une cuillérée à dessert à chaque repas. L'action étant durable on peut ne prescrire l'élixir que deux ou trois fois par semaine.

(Bocquillon-Limousin.)

XL. — Contre l'eczéma et l'urticaire

Calamine préparée . . . . . } ââ 6 grammes.
Oxyde de zinc. . . . . . . }
Acide phénique . . . . 2 —
Eau de chaux. . . . . 60 —
Eau distillée de roses. . . . . 130 —

en lotions. On réduira chez les enfants la dose d'acide phénique.

Wolff (cité par le *Bull. gén. de thérap.*)

NOUVELLES

AVIS IMPORTANT. — *Nos lecteurs trouveront à la dernière page la liste des* **Primes** *offertes par le* PROGRÈS MÉDICAL.

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 17 déc. au samedi 23 déc. 1899, les naissances ont été au nombre de 1069 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 416, illégitimes, 162. Total, 578. — *Sexe féminin* : légitimes, 360, illégitimes, 160. Total, 520.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 17 déc. au samedi 23 déc. 1899, les décès ont été au nombre de 1156, savoir : 571 hommes et 515 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 5. T. 11. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 2, F. 2, T. 4. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 1, F. 0, T. 1. — Diphtérie. Croup : M. 4, F. 1, T. 5. — Grippe : M. 1, F. 3, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 137, F. 87. T. 224. — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 10, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 5, T. 18. — Tumeurs cancéreuses : M. 26, F. 42, T. 68. — Tumeurs autres : M. 2, F. 3, T. 5. — Méningite simple : M. 6, F. 10, T. 16. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 34, F. 26, T. 60. — Paralysie, M. 2. F. 7, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 6, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 41, F. 47, T. 88. — Bronchite aiguë : M. 8, F.13, T. 21. — Bronchite chronique : M.25, F. 28, T. 53. — Broncho-pneumonie : M. 29, F. 39, T. 68. — Pneumonie : M. 23, F. 33, T. 56. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 44, F. 61, T. 105. — Gastro-entérite, biberon : M. 5, F. 9, T. 14. — Gastro-entérite, sein : M. 0, F. 1. T. 1. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Débilité congénitale : M. 14, F. 19, T.33. — Sénilité : M. 16, F. 50, T. 66. — Suicides : M. 9, F. 1, T. 10. — Autres morts violentes : M. 8, F. 3, T. 11. — Autres causes de mort : M. 92, F. 60, T. 152. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 4, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 10. Total : 41. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 20. Total : 42..

EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours de l'Externat s'est terminé par le classement suivant :

1. MM. Chiray, Budin, Clovis Vincent, Sauvé, Nandrot, Wagner, Aynaud, Moncany, Richou, Ameuille. Vielliard, Broca, Küss, Dureau, Bréchot, Paul Roy, Wickersheimer, Cottard, Villandre, Clément.

21. Macé de Lépinay. Rouhier, Dupré. Jeannel, Desmoulins, Girod, Longuet, Delille, Gy, Pathault, Lagrange, Lévy-Franckel. Chômet, Ducournau, de Martel de Janville, Delapchier, Demanche, Picot, Rendu, Truelle.

41. Monier, Guérin, Elloy, Moulu, Petiteau, Siégel, Trannoy, Bourretère, Bredier, Druais, Girault, Ferrand, Matry, Thuilleux, Blondin, Bourlot, Cottu, Froin, Mercadé, Pépin.

61. Germain, Besnier, Mme Grandjean, MM. Thébault, Hudelot, Chapoy, Reulus, Séjournet, Mlle Pascal, MM. Renaud, Guilly, Bazalgnette, Borne, Maurice Binet, Paul Bourgeois, Louis David. Zenler, Vidal, Barbin. Bonin-Legueule.

81. Delage, Lequeux, Lebreton, Aubourg, Descomps, Mlle Delporte, MM. Berthier, Chevé, Cresson, Cruveilhier, Devaux, Dieu, Duclaux, Paul Dupuy, Faure-Beaulieu, François-Dainville, Gauckler, Hervois, Jamet, Jarvis.

101. Juquelier, Le Lorier, Loin, Louste, Mallet, Mesnil, Ribadeau-Dumas, Sébillaud, Molimard, Baron, Picard, Jouvin, Tixier, Villepelet, Cantonnet, Artarit, Amblard, Cubertafon, Bouchaud, Carel.

121. Door, Gaillard, Jacob, Durand, Noé, Jacobsohn, Flamencourt, Masson, Oppenheim, Janvier, Philippet, Degrais, Baumgartner, Ferry, Gardner, Daniel, Dobrovich, Eonnet, Foisy, Jouhaud.

141. Maurice Petit, Jullien, Halgan, Gascheau, Israels, Guillaume-Louis, Heitz, Méret, Saison, Juy, Pierre Roy, Périn, Sabaréanu, Viteman, Thomas, Tassin, Eschbach, Dieuzeide, Feuillié, Béné.

161. Lebret, Ramond, Saintive, Sari, Bauduy, Chazarin, Cotonnec, Billaudet, Héchemann, Henri Burty, Corvington, Gaston Durand, Cruet, Claudo, Gautherin, Lamoureux, Morlat, Georges Martin, Pautrier, Michel.

181. Munch, Pelletier, Ribot, Léon Rigaud, Schacher, Sibille, Schwarzshild, Ferras, Decreuze, Duflos, Grillot, Ladevèze, Blavot, Goulard, Morisetti, Tardif-Bardinet, Fildermann, Grélault, Guillemin, Matsoukis.

201. Jacques Dupuy, Fouqué, Guenot, Lemierre, Pied, Poujade, Legros, Marcland, Wagon, Rostaine, Vivier, Lemercier, Bachmann, Violle, Croste, Donnat, Feillard, Fruictier, Giroux, Labonnette.

221. Miquel, Mlle Roussel, MM Bauchart, René Bloch, Billon, Jean, Belot, Blatin, Bourcier, Bodolec, Dézarnaulds, Delange, Junès, Lemeland, Lecerf, Duprat, Harvier, Legras, Moreau, Mazuré.

241. Poisot, Mourlhon, Soullard, Uteau, Tarit, Mlle Debains, MM. Barcat, Chastenet de Géry, Cruchaudeau, Mettey, Philibert, Vaillant, Beauvy, Genevrier, Phellipon, Piot, Dommartin, Quillier, Philippe, Tridon.

261. Maurice Bloch, Maurice Giraud, Ledoux-Lebard, Mlle Volck, MM. Francina, Levesque, Kresser, Evrard, Valery, Adda, Bouyssou, Maurer, Panthès, Beaussenat, Clermonthe, Lautaret. Leborgne, Lemaire, Lucas, Millant.

281. Jules Vincent, Rœderer, Duplay, Mermier, Vinsonneau, Blum, Lorenzo, Thorel, Nau, Edmond Bloch, Joseph, Mollet, de Bosker Duhamel, Landrin, Frossard, Mlle Toufesco, MM. Labrunie, Bourganel, Pierre Dupuy, Hayem.

301. Bruzau, Faleur, de Gandt. Houdard, Hernandez, Jousset, Marque, Pappa, Quilliot, Semper, Vallet, Henri Lévy, Lew, Minvielle, Fernand Martin, Niot, Sainmont, Sanson, Mlle Iscovesco, M. Haret.

321. Maillard, Mlle Volovatz, M. Legrand, Mlles Boiarsky, Lingois, MM. de Nayville, Belgodère, Gravelotte, Challamel, Auby, Fayolle, Dupont, Barbé, Beauchef, Emmanuel, de Saint-Paul, Delor, Fernand Dubois, Etling, Ferté.

341. Jardry, Proust, Grandchamp, Huguier, Leroy, Nolot, Quesnot, Setbon, Vion, Van de Velde, Viollet, Alquier, Fatout, Bertrand, Vaias, Lambert, Pellizza, Jouve, Delogé, Mlle Bonnin.

361. MM. Vialay, Armand Rigaux, Alfred Klein, Abramoff, Bozo, Signoret, Bonniot de Ruisselet, Hédouin, Bellemanière, Bonnel, Blain, Boudin, Daviau, Mesnager, Gilbert, Decq, Deytieux, Durandard, Germond, Fage.

381. Landry, Lamardieu, Malvy, Le Houx, Michon, Singer, Very, Dreyfus-Rose, Devaux, Maur, Certes, Soubies, Louit, Guillet, Collet, Antoine, Gourdou, Fournier, Célérier, Chapeyron.

401. Garric, Hérisson, Puyo, Roblès, Ronneaux, Testart, Manet, Anger, Penel, Vaubourdolle, Huot de Saint-Albin, Lamy, Hélie, Bresselle, Broudic, Izard, Laprade, Lebossé, Loumaigne, Marchal.

421. Mousnier, Prieur, Poisson, Lemerle, Salomon, Klein, Lévy-Valensy.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE. — Le bureau de la Société de Thérapeutique est ainsi constitué pour 1900 : *Président*: M.

Huchard. — *Vice-Président* pour 1900: M. Robin. — *Vice-Président* pour 1901: M. Sevestre. — *Secrétaire général*: M. Bardet. — *Secrétaire-Adjoint*: M. Blondel. — *Trésorier*: M. Duchesne. — *Bibliothécaire*: M. Patein. — *Secrétaires annuels*: MM. Vogt et Bolognesi. — *Comité de publication* : MM. Legendre, Ducastel, Dupont.

MUTATION DANS LES HOPITAUX. — M. le Dr Louis GUINON sera chargé d'un service à l'hôpital Trousseau, à partir du 1er janvier 1900, l'hôpital Herold ne devant s'ouvrir que dans plusieurs mois.

CLINIQUE DE LARYNGOLOGIE. — La clinique des maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx, du Dr ASTIER est installée 93 *bis*, 95 et 95 *bis*, boulevard Arago, à la Clinique générale de Chirurgie. Les consultations ont lieu, le mardi et le jeudi après-midi de 1 h. 1/2 à 6 heures et le dimanche matin à 9 h. 1/2. L'installation de la Clinique générale de Chirurgie permet d'hospitaliser les opérés.

DISTRACTIONS AUX MALADES DANS LES HÔPITAUX. — Le Dr Pozzi, chaque année, à l'occasion des fêtes de Noël, offre un concert à ses malades de l'hôpital Broca. La fête d'hier a eu un caractère artistique d'un caractère tout spécial, grâce à la présence de Mme Sarah Bernhardt, qui lui prêtait son gracieux concours. La grande tragédienne a été acclamée. A côté d'elle se sont fait applaudir, dans le *Bonhomme Noël*, les jeunes artistes de la troupe des Gamins de Paris, du théâtre de la galerie Vivienne, les petites Schmidt et Robietti avaient également prêté leur concours, Mlles Soraldy, Dolloy, René Samson, etc. Une distribution de vêtements et de jouets a terminé la fête. (Le *Radical* du 26 décembre, 1899).

EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR UNE SOMNAMBULE. — De notre correspondant de Nancy: Le tribunal correctionnel de Nancy vient de condamner, à deux ans de prison et 50 francs d'amende, une somnambule, la femme Vieille, dite « Cédès », qui a fait, en 1897, d'innombrables dupes à Nancy et dans les environs de cette ville. La « Cédès » a notamment escroqué une somme de 20.000 fr. à une dame de Pont-Saint-Vincent sur la promesse de la guérison de son enfant malade. Peu après, d'après l'assurance qu'il gagnerait le gros lot, un tapissier de Nancy lui décora superbement son salon. La femme Vieille a été arrêtée à Toulouse où elle s'était enfuie et vivait sous un faux nom. (Le *Temps* du 23 décembre 1899).

LEGS EN FAVEUR DE LA FACULTÉ DE LYON. — Le doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Lyon vient d'être autorisé à accepter, au nom de cet établissement, le legs fait à ladite Faculté par M. Edme-Antoine dit Léon Riboud, d'une somme de 50.000 fr. dont le revenu sera employé à la fondation d'un prix quinquennal destiné au savant de Lyon ou ayant au moins cinq ans de résidence soit à Lyon, soit dans les départements du Rhône, de la Loire, de Saône-et-Loire, de l'Isère et de l'Ain, qui, par ses travaux, ses découvertes ou son enseignement aura rendu de réels services à l'hygiène, à la santé publique, au progrès des sciences médicales, surtout de celles qui ont pour but la protection de l'enfance.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La décoration de chevalier du mérite agricole a été décernée à M. le Dr Binet, médecin à Paris : auteur de nombreuses brochures traitant de l'hygiène, l'art vétérinaire et de l'agriculture. Les récompenses suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées pour leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales : 1° *Médaille d'or* : M. A. Carnot, membre de l'Institut; 2° *Rappel de médaille d'or* : M. le Dr Senac-Lagrange, médecin à Cauterets; 3° *Médailles d'argent* : MM. les Drs Bénard, Bernard, Fiquet, Niepce, Dessez; 4° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les Drs Censier, Chiars, Dresch, Duhourcau, Forestier, Morice, Roger, Verdenal; 5° *Rappel de médaille de bronze*; M. le Dr Poulain.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été nommés au grade de chevalier, dans l'ordre national de la Légion d'honneur : MM. les médecins principaux des colonies, Le Moine, Garnier, Simond, Marchoux; — M. le médecin de 1re classe Camail; — M. le pharmacien de 1re classe Réland; MM. Gravot. David, Thomas, André, reçus docteurs en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe de la marine ; — M. le médecin principal Négardelle a été admis à faire valoir ses droits à la retraite; — MM. Couvy, Brengues, Kerandel, médecins auxiliaires, de 2e classe ont été nommés médecins stagiaires des colonies.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr GALLOIS, vice-président du Conseil général de la Marne, où il représentait le canton de Verzy. — M. le Dr COSTER, médecin de l'armée Boër, décédé au Transvaal. — M. le Dr BERNARD (de Toulon). — M. GUILLOT (Hippolyte), ancien externe des hôpitaux, soigné à la Maison Dubois, pour une fièvre typhoide. — M. le Dr BAURAC, médecin de 1re classe des colonies. — M. LELANDAIS, étudiant à l'Ecole de Caen, mort des suites d'une piqûre anatomique.

M. le Dr FERRAND.

M. le Dr FERRAND, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui vient de mourir, était né en 1835 à Montfort-l'Amaury (Seine-et-Oise). Externe des hôpitaux en 1856, interne en 1858, il fut reçu en 1862 docteur en médecine avec une thèse sur les *Exanthèmes du rhumatisme*. Préparateur de Béclard en 1860, chef de clinique adjoint de Monneret en 1865, il devint médecin des hôpitaux en 1872 et occupait depuis 1892, une des places de médecin de l'Hôtel-Dieu. En 1895, il fut élu membre de l'Académie de Médecine et peu après il était promu chevalier de la Légion d'honneur.

M. Ferrand consacra ses études plus particulièrement à la thérapeutique. Citons parmi ses principaux travaux outre sa thèse un *Traité de thérapeutique médicale* (1874) dont une nouvelle édition parut en 1886, *des leçons cliniques sur la forme et le traitement des bronchites* (1888), un *Formulaire de thérapeutique appliquée* (1890). Il rédigea encore l'article *Ovaire* et, en collaboration avec Vidal, l'article *Convulsion* du dictionnaire de Dechambre.

MÉDECIN ALLEMAND TUÉ AU TRANSVAAL. — La corporation des étudiants Germania, de l'université de Strasbourg, a été informée qu'un de ses anciens membres, le Dr Otto Hohls, est tombé sur le champ d'honneur prés de Ladysmith. En 1892, M. Hohls avait suivi les cours de l'Université de Strasbourg et, après avoir passé son examen de doctorat, il s'était rendu dans l'Afrique du Sud et s'était établi médecin à Prétoria Lors de la déclaration de guerre, il fut nommé médecin principal de l'artillerie et marcha avec elle contre les troupes anglaises ; il a été tué par un éclat d'obus près de Ladysmith. (Le *Temps* du 19 décembre 1899.)

EXEMPLE DE FÉCONDITÉ. — Mme Mary Jones vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-sept ans. Cette dame a eu trente-trois enfants dont dix-neuf fils. Elle avait reçu, il y a quelques années, un prix offert par un journal anglais pour sa peu ordinaire fécondité. Le nombre de ses petits-enfants dépasse le chiffre de trois cents. (*Le Soleil*.)

LA RAGE EN BELGIQUE. — On signale de différents côtés, en Belgique, des cas de rage extrêmement graves. C'est ainsi qu'à Grimberghe, près de Vilvorde, dix-huit chiens ont dû être abattus à coups de fusil. Quatre personnes qui avaient été mordues par ces animaux, ont été envoyées en traitement à l'institut Pasteur de Lille. A Ternath, un grand nombre de maraîchères s'étaient arrêtées devant une auberge avec leurs petites charrettes attelées de chiens. Un de ces animaux parvint à briser sa chaîne et pénétra dans la maison où il mordit huit personnes. On suppose qu'il était enragé ; en tous cas, les mesures nécessaires ont été prises en ce qui concerne les persondes mordues. (*Le Temps* du 11 Décembre 1899.

AVIS IMPORTANT. — *Nos lecteurs trouveront*, A LA FIN DE LA TABLE, *l'indication des* **Primes** *que leur offre le Journal.*

BOURNEVILLE et BRICON. Manuel de technique des autopsies. 1 volume in-18 de 240 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Nécrologie, Hôpitaux, etc.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

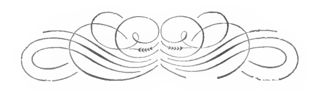
R

S

V

W

X Y Z



PARIS. — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN SUCC., RUE DE RENNES, 71

LE PROGRÈS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le samedi par cahier de 24 ou 32 pages in-4° compact, illustré, sur 2 colonnes

Les Bureaux du PROGRÈS MÉDICAL sont ouverts de 9 heures à 5 heures

Envoi franco du catalogue des publications du PROGRÈS MÉDICAL sur demande affranchie.
Les abonnés sont avantagés d'une forte remise sur toutes nos publications.

PRIMES A NOS ABONNÉS

A titre de PRIMES, nos abonnés pourront nous demander les ouvrages suivants qui leur seront vendus avec une très forte remise et expédiés franc de port à domicile.

BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE (Collection Bourneville).

I. **Le Sabbat des sorciers**, par Bourneville et Teinturier. — Brochure in-8 de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Papier vélin, prix : 3 fr. — Pour nos abonnés : 2 fr. 50. — Parchemin, prix : 4 fr. — Pour nos abonnés : 3 fr. — Japon, prix : 6 fr.— Pour nos abonnés : 5 fr.

II. **Françoise Fontaine.** — Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le maliu esprit à Louviers, par Bénet. — Vélin, prix : 3 fr. 50, — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parchemin, prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

III. **Jean Wier.** — Histoires, Disputes et Discours des illusions et impostures des Diables, etc., par Jean Wier. — Deux volumes in-8 compacts formant ensemble 1.297 pages. — Prix des deux volumes : Vélin, 15 fr. — Pour nos abonnés, 12 fr. — Parchemin, 20 fr. — Pour nos abonnés, 15 fr. — Japon, 25 fr. — Pour nos abonnés, 20 fr.

IV. **La possession de Jeanne Fery.** — Vélin, 3 fr. — Pour nos abonnés. 2 fr. — Parcheminé, 4 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 75. — Japon, 6 fr, — Pour nos abonnés, 4 fr.

V. **Sœur Jeanne des Anges**, supérieure des Ursulines à Loudun, par Legué et Gilles de la Tourette. — Vélin, 6 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr. — Parcheminé, 10 fr. — Pour nos abonnés, 7 fr. — Japon, 25 fr. — Pour nos abonnés, 20 fr.

VI. **Procès de la dernière sorcière** brûlée à Genève le 6 avril 1652, par Ladame. — Vélin, 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 75. — Parcheminé, 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Japon, 5 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

Les six volumes réunis **20 francs.**

Il s'agit là d'une belle publication qui peut constituer un beau cadeau.

BIBLIOTHÈQUE D'ÉDUCATION SPÉCIALE

Publiée sous la direction du Dr Bourneville. Collection d'ouvrages pour l'enseignement, le traitement et l'éducation des enfants anormaux.

I. — *Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie*, tome I (1772-1840) ; par Bourneville. Un beau volume in-8 de 420 pages, avec 4 planches. — Prix : 7 fr. Pour nos abonnés, 5 fr.

II. — *Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdité* ; par Itard. Avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve. Eloge d'Itard par Bousquet. Préface par Bourneville. Un beau volume de 200 pages avec le portrait du Sauvage. Prix : 4 fr. Pour nos abonnés. 2 fr. 75

III. — *Rapport et mémoires sur l'éducation des Enfants normaux et anormaux* : par E. Séguin. Préface par Bourneville. Volume in-8 de XLVIII-380 p. Prix : 10 fr. Pour nos abonnés 7 fr.

IV. — *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et arriérés* ; rapport fait au Congrès national d'assistance publique (session de Lyon, juin 1894), par Bourneville. Volume in-8 de 246 pages, avec 28 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

V. — *Manuel des méthodes d'enseignement spéciales pour les enfants anormaux* (Aveugles, Sourds-Muets, Bègues, Idiots, etc, etc.), par Hamon du Fougeray et Couetoux, volume in-8 de XX-288 pages avec 35 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés . . . . 3 fr. 50

ESSAI CRITIQUE

SUR

L'INTOXICATION PAR LA MORPHINE

ET SUR SES DIVERSES FORMES

Par L.-R. REGNIER

Volume in-8 de 160 p. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés : 1 fr. 75

HYPNOTISME ET CROYANCES ANCIENNES

Par L.-R. REGNIER

Volume in-8 carré de 223 pages, sur papier Japon, avec 46 figures et 4 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . 3 fr.

PRIME A NOS ABONNÉS

Le Dr Henri de Rothschild est sur le point de faire paraître une seconde édition de : *L'Allaitement mixte et l'allaitement artificiel.* Paris, 1898, 659 pages et les *Troubles gastro-intestinaux chez les enfants du premier âge.* Paris, 1898, 271 pages. Comme il dispose encore d'un certain nombre d'exemplaires de la première édition de ces deux ouvrages, il se fera un plaisir d'envoyer à ceux de ses confrères que les questions de pédiatrie intéressent, un exemplaire de l'ouvrage qu'ils voudront bien lui demander par une lettre adressée, 41, avenue d'Iéna, à Paris.

OCCASION EXCEPTIONNELLE

LA COLLECTION DES ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

Fondée par J.-M. CHARCOT et BOURNEVILLE

Se compose aujourd'hui de 38 volumes in-8° carré (1880-1895) dont le prix est de 344 fr. — Pour permettre à nos abonnés et à *nos lecteurs* d'acquérir cette collection, qui contient les principaux travaux neurologiques publiés depuis 1880, nous avons réduit le prix à **120** francs y compris *l'abonnement de* 1899. A partir du 1er janvier 1900, le prix sera porté à **150** francs.

Bureaux du PROGRÈS MÉDICAL.

AVIS AUX ABONNÉS

Du PROGRÈS MÉDICAL et des ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PROGRÈS MÉDICAL et ARCHIVES DE NEUROLOGIE réunis : Pour la France et l'Étranger : **30 fr.**

Ceux de nos lecteurs qui sont déjà abonnés à l'une ou l'autre de ces publications peuvent, *dès maintenant*, s'abonner à l'autre en nous envoyant la différence. Les conditions ci-dessus sont faites pour les personnes qui *s'adresseront* directement à nos bureaux, 14, rue des Carmes.

PRIMES A NOS ABONNÉS

Les ŒUVRES COMPLÈTES de M. le Pr CHARCOT, publiées par le *Progrès médical*, forment actuellement treize volumes, se décomposant ainsi :

T. I, II, III. — Leçons sur les maladies du système nerveux . . . . 48 fr.
T. IV. — Leçons sur les localisations cérébrales. . . . . 12 »
T. V. — Leçons sur les maladies du poumon et du système vasculaire. . . . . 15 »
T. VI. — Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins. . . . . . 12 »
T. VII. — Leçons sur les maladies des vieillards, goutte et rhumatisme. . . . . . . 12 »
T. VIII. — Maladies infectieuses, affections de la peau, kystes hydatiques, thérapeutique. 10 »
T. IX. — Hémorragie cérébrale, hypnotisme, somnambulisme, etc . . . . 15 »
Leçons du Mardi à la Salpêtrière, deux forts volumes in-4° couronne . . . . 40 »
Clinique des maladies du système nerveux, deux volumes in-8° carré. . . . . 24 »
La Foi qui guérit . . . . 2 »

Soit au total 190 fr. — Pour permettre, à ceux de nos abonnés qui ne la possèdent pas, l'acquisition de cette précieuse collection, nous la délivrerons dans nos bureaux

Au prix net de 50 francs.

Publications du *PROGRÈS MÉDICAL*

BOURNEVILLE. **Assainissement de la Seine.** Rapport sur les champs d'épuration de Gennevilliers en 1897. Brochure in-8 de 12 p. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 30 c.
— **Rapport au Comité d'hygiène publique de France sur l'infection de la Seine à Bougival (1898).** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.
— **Assainissement des villes.** Distribution d'eau de source pour la ville de Royan. Rapport présenté au Comité consultatif d'hygiène de France, 1896. Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.
— **Rapport sur l'utilisation agricole des eaux d'égout et l'assainissement de la Seine**; présenté à la *Chambre des Députés*. Irrigation de Gennevilliers, irrigation projetée d'Achères et des sondages dans la forêt de Saint-Germain. — Volume in-4 de 165 p. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.
— **Conférence sur l'assainissement de Paris et de la Seine.** Extrait du *Bulletin de la Société centrale du travail professionnel* (numéro du 5 mai 1888). Brochure in-8 de 27 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 70 c.
— **Le tout à l'égout et l'assainissement de la Seine.** Brochure in-8 de 31 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 70 c.

BOURNEVILLE. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre :
Tome I (1880). Publié avec la collaboration de M. d'Ollier. Brochure in-8 de 74 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . . 2 fr.
Tome II (1881).— Publié avec la collaboration de MM. Bonnaire et Wuillamié, volume in-8 de XVI-172 pages, avec 7 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.
Tome III (1882). — Publié avec la collaboration de MM. Dauge et Bricon, volume in-8 de XXIV-162 pages, avec 15 figures. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 75
Tome IV (1883). — Publié avec la collaboration de MM. Boutier, Bonnaire, Leflave, P. Bricon et Séglas, volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50.
Tome V (1884). — Publié avec la collaboration de MM. Budor, Dubarry, Leflaire et Bricon, volume in-8 de LXXVI-188 pages. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. 4 fr.
Tome VI (1885). — Publié avec la collaboration de MM. Courbarrien et Séglas, volume in-8 de LXII-63 pages avec 7 figures. — Prix : 3 fr. 50 — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 50
Tome VII (1886). — Publié avec la collaboration de MM. Isch-Wall, Baumgarten, Pilliet, Courbarrien et Bricon, volume in-8 de 300 pages, avec 3 plans, 25 figures et 5 planches en phototypie hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.
Tome VIII (1887). — Publié avec la collaboration de MM. Sollier, Pilliet, Raoult et Bricon, volume in-8 de LX-264 pages, avec 27 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50
Tome IX (1888). — Publié avec la collabortion de MM. Courbarrien, Raoult et Sollier, volume in-8 de LIX-92 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. 2 fr. 50
Tome X (1889). — Publié avec la collaboration de MM. Sollier, et A. Pilliet, volume in-8 de LVI-188 pages, avec 22 figures et une planche chromolithographique. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50
Tome XI (1890). — Publié avec la collaboration de MM. Camescasse Isch-Wall, Morax, Raoult, Séglas et P. Sollier, volume in-8 de C-252 pages, avec 16 figures et 10 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonés. . . . . 4 fr.
Tome XII (1891). — Publié avec la collaboration de MM. Banzet, Finet, Isch-Wall, Raoult, R. Sorel et P. Sollier, volume in-8 de VIII-142 pages, avec 14 figures et 2 planches hors texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50
Tome XIII (1892). — Publié par la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier et Noir, volume in-8 de CXII 368 pages, avec 37 figures et 15 planches, — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.
Tome XIV (1893). — Publié avec la collaboration de MM. Boncour, Cornet, Lenoir, J Noir et P. Sollier, volume in-8 de LXIX-384 pages, avec 88 figures et 1 plan. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. . . . 5 fr.
Tome XV (1894). — Publié avec la collaboration de M. J. Noir, volume in-8 de LXIV-151 pages, avec 8 figures et 4 planches. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50
Tome XVI (1895). — Publié avec la collaboration de MM. Boncour, Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, Noir (J.), Pilliet, Ruel, Sollier et Tissier, volume in-8 de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.
Tome XVII (1896). — Publié avec la collaboration de M. Mettetal, Noir (J.), Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer (J.), volume in-8 de C-272 pages, avec 41 figures et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. 4 fr.
Tomes XVIII (1897). — Publié avec la collaboration de MM. Dardel, Jacomet, Mettetal, Noir (J.), Philippe, Rellay, Schwartz, Tissier et Wuillamier, volume in-8 de LXXXIV-228 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.
Tome XIX (1898). — Publié avec la collabaration de MM. Cestan, Chapotin, Katz, Noir (J.), Philippe, Sébileau et Boyer (J.), volume in-8 de XCII-236 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. . . 5 fr.

BOURNEVILLE. **Histoire de la section des enfauts de Bicêtre.** — 2e *édition*, volume in-8 de 137 pages, avec 11 figures et un plan hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . . . 2 fr. 75

BOURNEVILLE. **Notes et observatious cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde.** Vol. in-8 compact de 80 pages, avec 10 tracés en chromolithographie. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

BOURNEVILLE. **Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière** (5e édition), publié avec la collaboration de MM. Blondeau, de Boyer, E. Brissaud, Budin, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier et P. Yvon. Cet ouvrage, *adopté par les Ecoles Départementales et Municipales d'Infirmiers et d'Infirmieres du département de la Seine*, est divisé en cinq volumes dont les titres suivent :
Tome I : Anatomie et Physiologie. Prix. . . . . 2 fr.
Tome II : Administration et comptabilité hospitalière. Prix . . . . 2 fr.
Tome III : Pausements. Prix. . . . . 3 fr.
Tome IV : Femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Médicaments. Petit dictionnaire. Prix . . . . 2 fr.
Tome V : Hygiène. Prix . . . . 2 fr.
Les 5 volumes réunis. Prix : 7 fr. 50.